Nr. 18. 30 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. K. Brudzewski. Kraków.

O okularach staroświeckich i nowoczesnych.*)

Do wynalazków, bez których dzisiaj życia człowieka cywilizowanego zupełnie wyobrazić sobie nie można, jak n. p. maszyna parowa, elektryczność, druk itp., zaliczyć także należy i wynalazek okularów, jako przyrządu codziennej potrzeby, bez którego człowiek kulturalny się nie obejdzie. Bo jeżeli nie ma błędu refrakcji i okularów nie używa stale, to przecież z chwilą pojawienia się presbyopji za okulary chwycić musi. A, używając szkieł, zwłaszcza najnowszej konstrukcji i pod względem optycznym idealnych i znanych pod nazwą »punktalnych«, nawet nie przypuszcza, że upłynęło z górą 600 lat, zanim okulary wynaleziono i zanim okulary, z początku nader prymitywne, doszły do obecnej doskonałości. Wynalazek okularów jest bowiem dość późną zdobyczą rozwoju cywilizacji europejskiej. Najdawniejsze kultury okularów nie znały, nie znał ich ani Babylon, ani Egipt, ni Rzym, ni Ateny. Egipt znał szkło, ale tylko szkło barwne, tj. emalje, jak o tem świadczą wykopaliska. Egipcjanie umieli szlifować nawet tak twardy kamień, jak granit, ale nie ma żadnych dowodów, by szlifowali szkło. Nawet Grecja, ten tak kulturalny kraik, na soczewki okularowe się nie zdobył; gdyż soczewki wyrobione z kryształu górskiego, które znalazł Schliemann w wykopaliskach trojańskich, były tylko ozdobnemi guzami ubrań. Twierdzenie, że siedliska starej kultury azjatyckiej, Chiny i Indje, jeszcze przed zjawieniem się okularów w Europie, już je posiadały, upada w świetle badań nowych. Soczewki okularowe zostały do Chin i Indji zawiezione bądźto przez żeglarzy holenderskich, bądźto przez misjonarzy. Chiny znały lustra wklęsłe i wypukłe metalowe, oraz ich własności optyczne; ale ich obserwacje astronomiczne, zdumiewające dokładnością, były robione nie lunetami, lecz zapomocą narzędzi geometrycznych, bez soczewek, — tak samo zresztą, jak i w Europie, zanim w XVI. w. Kepler i Galileusz zastosowali do tego użytku soczewki. I gdy Chiny otrzymały z Europy okulary, używali ich z początku tylko dygnitarze, mandaryni i inni wysocy urzędnicy państwowi. Ale w oprawach osadzone były zazwyczaj szkła płaskie, albo płasko szlifowane kryształy topazu. Okulary bowiem były uważane za oznakę wysokiej godności, albo uczoności, zatem raczej za ozdobę, niż pomoc dla wzroku. A to jest znakiem naśladownictwa i do dziś dnia się powtarza, że narody niższe kulturą, zetknąwszy się z Europejczykiem, biorą od niego to, co najwięcej ich uwagę zwraca. Murzyn ubiera się w cylinder lub czerwony mundur; Chiny wzięły okulary; z Chin okulary dostały się do Japonji. Indyjskie okulary pochodzą także niewątpliwie z Europy, jakkolwiek ich oprawy zdobne są w słonie i podobizny innych egzotycznych zwierząt, w sposób indyjski stylizowanych. Operacja zaćmy, reklinacja, od niepamiętnych czasów była w Indjach stosowana, ale nigdzie w dawnych księgach niema wzmianki, by po tej operacji używano okularów, poprawiających ametropię pooperacyjną, mimo że w Indjach szlifierstwo kamieni drogich, nawet kulisto szlifowanych, było bardzo rozwinięte.

I Rzym starożytny obchodzi się bez okularów. Cicero skarży się, że w późnym wieku tak źle widzi, iż musi się wyręczać lektorem, niewolnikiem; gdyby więc w tej epoce najwyższej kultury Rzymu okulary w jakiejkolwiek formie były znane, to tak zamożny i tak wykształcony patrycjusz, jak Cicero, byłby je niewątpliwie posiadał. A starożytność bliska była okularów — znano bowiem szklane kule (szewskie kule) wypełnione wodą, których używano do oświetlenia; znana była ich własność powiększająca i kaustyczna; dziwiono się tylko, że mimo ich napełnienia wodą zimną zdołają one, odpowiednio do słońca ustawione, zapalić materjał suchy i palny. To, że w tych czasach robiono gemmy i kamee o nadzwyczaj pięknem wykończeniu, da się tem tłumaczyć, iż do tego przemysłu zabierali się ludzie mający odpowiedni wzrok; a ponieważ tak i dzisiaj, jak i wtedy, krótkowidzów we Włoszech nie brakło, więc można zrozumieć, jak dobrze ci ludzie bez okularów te misterne roboty wykonywać mogli. Zresztą gdyby okulary były istniały, to tak cenny wynalazek nie byłby bez śladów zaginął. Rzym pozostawił po sobie literaturę, w której by z pewnością o nich była została wzmianka.

Plinjusz opisuje, że Neron przyglądał się przez szmaragd walkom gladjatorów. To jednakże wcale nie dowodzi, aby ten szmaragd był soczewką wklęsłą czy wypukłą. Neron nie był krótkowidzem, ale niewątpliwie nie dowidział (*amblyopia*), więc go światło włoskiego nieba, odbite od piasku areny, raziło; a ponieważ kolor zielony już wtedy uchodził za kolor ochraniający wzrok, więc niewątpliwie Neron używał szmaragdu jako środka ochronnego. Płaskie szmaragdy były znane, a choć były kosztowne, to tak potężny cesarz mógł sobie na ten zbytek pozwolić. Zresztą Plinjusz nie mówi o soczewce ze szmaragdu, ale o szmaragdzie. To pojęcie o dodatniem działaniu zielonej barwy na wzrok utrzymywało się bardzo długo. W wiekach średnich i później rytownicy, złotnicy, sztycharze itp. mieli przed sobą ustawione duże kawały zielonego szkła, na które dla wypoczynku zmęczonych oczów od czasu do czasu podczas pracy spoglądali.

Po upadku Rzymu przyszły czasy ciemnoty średniowiecza i upadku kultury. Nauka odżyła nieco u Maurów w Hiszpanji, ale i oni okularów nie znali. W reszcie Europy ciemnota była ogólna, a tylko w klasztorach i na dworach panujących chowały się nauki. Ale klasztory zajmowały się raczej teologją i scholastyką, niż naukami przyrodniczemi, więc też nie była to pora na wynalazki. Przypisano zakonnikowi angielskiemu Bakonowi (połowa XIII. w.) wynalazek okularów, bo, zajmując się teorją fizyki, doszedł na podstawie logicznego rozumowania do przekonania, że soczewką możnaby lepiej widzieć małe przedmioty, niż gołem okiem; jednakże prób rzeczywistych w tym kierunku nie robił.

Dopiero w końcu XIII. w., tj. około 1285 r., zjawiają się w północnych Włoszech soczewki skupiające, jako narzędzie pomocnicze do czytania, i ten okres należy uważać za chwilę wynalazku okularów. Jednakże historja nie podaje nazwiska wynalazcy. Zjawiły się okulary w Wenecji, gdzie były huty szklane, które potem z obawy przed pożarem przeniesiono na jedną z wysp, Murano, i tam do dziś dnia one istnieją. Być może, że soczewka okularowa jest przypadkowym wynalazkiem jakiegoś robotnika huty lub szlifierni, jak to bywało w innych dziedzinach przemysłu. Wynalazek ten jednak prędko musiał znaleźć uznanie, bo już w r. 1300 ogłosił senat wenecki dekrety ochronne, zakazujące podrabiania soczewek okularowych; musiał zatem ten przemysł się rozwijać i dawać duże zyski, kiedy go senat ochraniał. Z Włoch rozeszły się okulary na cały świat, ale ten pochód był bardzo powolny Długi czas sądzono, że istotnymi wynalazcami okularów byli dwaj zakonnicy: Spina z Pizy i Armati z Florencji, który ma nawet w kościele pomnik z napisem »wynalazca okularów«. Ale pokazało się, że oni byli pierwsi, którzy poza Wenecją potrafili robić te szkła, a zwłaszcza Spina, który miał być wogóle bardzo zręcznym rzemieślnikiem. Jednakże jeszcze kilkadziesiąt lat po wynalezieniu były okulary w Europie rzadkością; bo gdy na ślubie arcyksiężniczki austryjackiej (1320 r.) pojawił się poseł włoski w okularach, to wywołał na dworze niesłychane zdumienie. Okularów używali z początku tylko ludzie zamożni lub osoby panujące, a uważano je za taką rzadkość, że figurowały nawet w inwenta-

*) Podług odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 19. X. 1921 r.

rzach pośmiertnych książęcych między klejnotami, jako rzeczy drogocenne. Również i nabycie okularów nie było zbyt łatwe, bo jeszcze w drugiej połowie XVI. w., zatem w 300 lat po ich wynalezieniu, kurfürst saski nie może ich w Dreźnie kupić i wysyła po okulary umyślnego do Wenecji. Ale też wtedy umiejętność czytania i pisania nie była bardzo rozpowszechniona. Miejsce dzisiejszej inteligencji zajmowali zakonnicy; książki były tylko pisane, więc drogie i rzadkie, nagromadzone tylko w bibljotekach klasztornych lub królewskich, rzadsze i kosztowniejsze nawet łańcuchami do pulpitów przytwierdzone, by ich do domów nie brano, a litery w nich tak duże, że do późnej starości gołem okiem czytane być mogły; więc i potrzeba okularów była, poza Włochami, mała.

Dopiero wynalazek i rozpowszechnienie się druku zmieniły te stosunki. Z początku drukowano książki pobożne, i to ogromnemi literami, nie dlatego, aby nie umiano sporządzić małych czcionek, ale dlatego, aby i ludzie starsi z wzrokiem starczym mogli je czytać. A gdy przez reformację, biblja przetłómaczona przez Lutra na język zrozumiały dla ogółu, niemiecki, stała się dla wszystkich dostępną i wraz z reformacją rozeszła się po całym świecie, tłumaczona i na inne języki, potrzeba nauki czytania i pisania stała się większą, a wraz z nią i popyt na okulary do czytania, t. j. soczewki skupiające.

Natomiast soczewki rozpraszające, przeznaczone dla wzroku krótkiego, zjawiły się dopiero około 1500 r. Te soczewki jeszcze wolniej wchodziły w użycie, bo do ich zastosowania była sposobność rzadsza; wszak służą one tylko do patrzenia w dal. Rzemieślnik, jak np. rytownik, ślusarz, złotnik, albo pisarz, do swej pracy zawodowej, choć miał krótki wzrok, szkieł rozpraszających nie potrzebował, a zawodu wojskowego lub myśliwego nie obierał ten, kto miał wzrok krótki, ani innego zawodu, którego wykonanie wzrok krótki utrudniał. Toteż jako wyjątek przytaczają, że papież Leon X., który miał wzrok krótki, posługiwał się na polowaniach w Bolsena soczewką rozpraszającą i widział nią tak doskonale, jak jego towarzysze zabawy z wzrokiem dobrym. Były to czasy renesansu i rycerskich papieży! Wysoka cena, grube i ciężkie obrobienie, niedokładność szlifu, wszystko to utrudniało rozpowszechnianie się okularów. Drogie były bardzo, bo jeszcze w XIX wieku płacono za parę okularów 5 talarów, wysoką naówczas cenę; to też noszono je tylko na wielkie uroczystości, lub podczas obchodów, aby zaznaczyć swą godność uczonego lub swą zamożnością się pochwalić.

Mimo, że wyrób szkła w Wenecji otaczano tajemnicą, przecież powstały poza granicami Włoch huty szklane, a wraz z niemi i cech szlifierzy szkła (w Niemczech). Z początku szkło z tych hut posyłano do szlifierni weneckich; ale wnet nauczono się w południowych Niemczech szlifowania szkła. Ale ten początkowy przemysł okularowy był mały, domowy, i jako taki dotrwał do czasów Fryderyka W., który pierwszy dał konsens na fabrykę okularów we Frankfurcie nad Odrą. Stamtąd przeniesiono ją do Rathenow, gdzie rozrosła się do rozmiarów jednej z największych fabryk w Europie i w ostatnich czasach produkowała kilka miljonów soczewek okularowych rocznie. Ubiegła ją pod względem dobroci towaru w ostatnich latach fabryka Zeissa w Jenie. We Francji Ludwik XV. polecił założyć fabrykę w Marez. Oczywiście wyrabianie szkieł okularowych *en masse*, oraz konkurencja kupiecka obniżyły ogromnie cenę okularów, i w ten sposób udostępniły ich nabycie bardzo szerokim warstwom społeczeństwa.

Jeszcze w 100 lat po wynalezieniu okularów lekarze o nich nic nie wiedzieli lub nic wiedzieć nie chcieli, uważając zajmowanie się doborem szkieł za zajęcie, będące poniżej godności doktora medycyny. I czyta się nawet, że odradzali używania okularów, jako dla wzroku szkodliwych. Nawet gdy już Kepler podał prawa załamania światła przez soczewki i sporządził pierwszą lunetę astronomiczną, zapatrywania lekarzy mało się zmieniły. Z małemi wyjątkami utrzymywali ciągle, że używanie szkieł jest dla oka szkodliwe, a nawet byli i tacy, którzy uważali okulary za jakiś środek czarnoksięski! Dopiero w XVIII. wieku zaczęli się lekarze zajmować okularami; ale na prawdę dopiero wzięli rozdawnictwo okularów w swe ręce po wynalazku Helmholtza i pojawieniu się pracy Dondersa o błędach refrakcji, zatem w połowie XIX. w.

Ponieważ lekarze z początku tak odpornie wobec używania szkieł się zachowali, więc okulary stały się poprostu towarem kupieckim, a rozpowszechnianiem ich zajęli się sami fabrykanci i kupcy osiadli, którzy je w swych sklepach dobierali. Prócz tego sprzedażą szkieł, wraz z handlem innemi towarami zajęli się kupcy obnośni oraz wędrowni szarlatani. Ci szarlatani, chodząc po jarmarkach, wykonywali tam małe operacje, jak wyrywanie zębów, puszczanie krwi itp., a równocześnie i reklinacją katarakty, i równocześnie sprzedawali okulary. Ponieważ polecali je także ludziom nieumiejącym czytać, obiecując, że przez okulary czytać będą, więc tem postępowaniem wcale się nie przyczyniali do wzbudzenia zaufania do okularów. Nie brakło i takich ludzi, którzy noszących okulary wyśmiewali lub karykaturowali; boć i, co prawda, kształt i wielkość ówczesnych opraw bardzo się do wyśmiewania nadawały. Jednem słowem długi czas uważano noszenie okularów za odmianę błazeństw mody.

Z początku, gdy się okulary pojawiły, istniały jako szkła wyłącznie do czytania, i to jako szkła skupiające, oprawione pojedyńczo, na długiej rączce, którą czytający trzymał soczewkę przed jednem okiem, jak to się po dziś dzień widzi u ludzi starszej daty.

Nawet nikomu zrazu na myśl nie przyszło, aby zamiast jednej soczewki użyć dwu, po jednej przed każde oko, tak iż, gdy któryś z uczonych użył w ten sposób dwu soczewek, opisywano to w kronikach jako szczególne zastosowanie okularów. W ten sam sposób używano szkieł rozpraszających.

Ale potrzeba dobrego widzenia z bliska, przy równocześnie wolnych rękach, przecież zwyciężyła: pojawił się nanośnik (cwikier) z dwoma szkłami. Zatem cwikier, aczkolwiek z początku bardzo prymitywny, był pradziadem okularów. Już w końcu XIV w. zjawia się on, zrobiony z podwójnej skóry, w którą soczewki były oprawione: ten przyrząd wpychano na nasadę nosa, dla której w skórze oprawy było wycięcie. Ale po krótkiem używaniu skóra oprawy wycierała się i wyginała i szkła źle na nosie siedziały, zaczęto więc oprawiać szkła w metalowe pierścienie, które były ze sobą połączone, w miejscu dzisiejszej sprężynki, zawiasem dość twardo ruchomym; w ten sposób oprawą tą, na nos wsadzoną, było go można nos ścisnąć i ustawienie okularów przed oczami ustalić. Albo też oprawione szkła przywiązywano sznurkiem, idącym dookoła głowy, lub też zakładano pętle ze sznurka za uszy — były to t. zw. okulary nitkowe — i takie właśnie okulary wprowadzono do Chin i Japonji, gdzie do dziś dnia jeszcze są w użyciu. To był już duży postęp, i okulary dotrwały w tej postaci aż do XVIII. w. Dopiero około r. 1740 francuz Thomin wynalazł prototyp naszych dzisiejszych okularowych opraw, t. z. *lunettes à tempe*. Były to oprawy z rogu, które zamiast sznurków miały na zawiasach pręty, zakończone okrągłą płytką albo pierścieniem, nie sięgającym jednak uszów; opierał się on na skroniach, lekko je ściskając. Bardzo prędko jednak te sztywne pręty wydłużono i zgięto, tak iż można je było za uszy zakładać. Dzisiejsze oprawy okularowe różnią się od opisanych tylko lekkością i dokładnością wykonania.

W początku XIX. w. anglik Th. Young wykrył pierwszy oczy, nie widzące dobrze ani z daleka ani z bliska i pierwszy opisał ten błąd jako astygmatyzm, oraz podał równocześnie sposób jego poprawy przez soczewki, któreby musiały mieć działanie optyczne odcinka cylindra. Dotychczas używano wyłącznie szkieł o płaszczyznach sferycznych, o cylindrach nic nie wiedziano; dopiero w roku 1840 Suscipi w Rzymie pierwszy sporządził soczewki cylindryczne i zaczął niemi wyrównywać astygmatyzm. I gdy po wynalezieniu wziernika przez Helmholtza w r. 1851 i pojawieniu się pracy Dondersa o wadach refrakcji przepisywanie okularów przeszło zupełnie do rąk fachowych lekarzy, zaczęto używać okularów, że tak powiem, *en masse*: nie dlatego, aby nasz zmysł wzroku stępiał, ale dlatego, że i oświata rozszerzyła się na coraz to szersze warstwy ludności, a co jeszcze ważniejsze, że ludzie, obierając zawód, wiedzieli, że słaby albo słabnący wzrok nie

będzie przeszkodą zarobkową, bo da się bardzo często bez szkody dla zajęcia okularami poprawić.

Materjał, z którego robiono okulary, nie zawsze był tylko szkłem weneckiem, które także nazywano kryształowem. Szlifowano soczewki także z kryształu górskiego, który wraz z innemi mniej szlachetnemi kamieniami zwano berylem (stąd »Brille«). Kryształ górski przychodził w wielkich metrowych kryształach z Angji i Francji, a później najpiękniejszy, zupełnie bezbarwny, z Brazylji. Optyk królewiecki Porchinus próbował robić okulary z bursztynu (r. 1690), który po wyszlifowaniu gotował w oleju lnianym, przez co bursztyn stawał się przeźroczysty. Naśladowców nie miał, bo bursztyn raczej za klejnot był uważany. Kształt szkieł okularowych bywał różny; robiono je bardzo duże i okrągłe, czworoboczne, sześcio- i ośmiokątne, wreszcie, jak dzisiaj, małe i poziomo-owalne, aby jak najmniej zwracały uwagę i odpowiadały kształtom szpary powiekowej.

* * *

Soczewki okularowe, od samego początku ich zjawienia się, były albo dwuwypukłe albo dwuwklęsłe, a promienie ich krzywizn były dla obu powierzchni soczewki równe, i taka ich forma do dziś dnia jest używana. Dopiero ostatnie czasy wprowadziły wielką reformę konstrukcji optycznej soczewek okularowych, tak skupiających jak rozpraszających. Soczewki, które mają z obu stron te same promienie krzywizn, wcale nie są jedynie możliwe dla danego numeru szkła, ani nie są optycznie najlepsze. Przeciwnie, należą do najgorszych, jakie w dzisiejszych czasach są używane. A że mimo to są ciągle jeszcze używane, pochodzi stąd, że wyrób ich jest najtańszy, bo najłatwiejszy; fabryki mogą je *en masse* wytwarzać, więc też są dla najszerszych warstw społeczeństwa przystępne. Lecz obrazek, który te soczewki tworzą, jest dobry tylko wtedy, jeżeli utworzony jest przez sam środek soczewki, a zatem przez promienie światła padające wzdłuż osi optycznej soczewki, albo bezpośrednio przy osi przez te części powierzchni soczewkowej, które nie są więcej oddalone od jej środka, niż 2—3 milimetry (5—6 stopni). Błędy minimalne, które soczewki i tam posiadają, są wskutek małej średnicy źrenicznej w stosunku do ogniskowej soczewki zredukowane do minimum. Oko tych błędów już nie odczuwa.

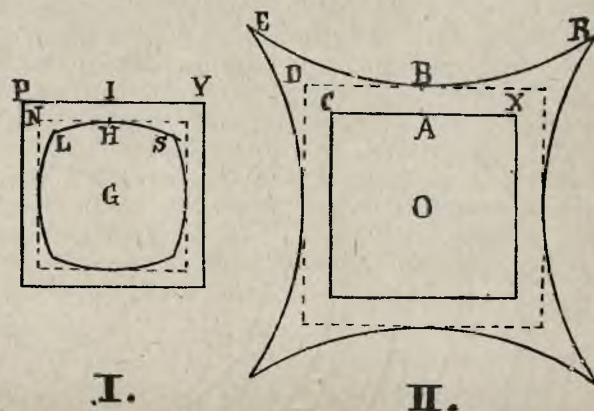
I gdyby oko się nie ruszało i wyłącznie i stale tylko przez sam środek soczewki patrzało, to te zwyczajne soczewki byłyby dobre. Ale oko ciągle się rusza, zatrzymując się zaledwie kilka a najdłużej kilkanaście sekund na jakimś punkcie przedmiotu spostrzeganego i zaraz potem odbiega na bok, aby za chwilkę znowu wrócić na dawne miejsce i patrzeć wzdłuż osi soczewki. Ruchy te są minimalne, jednakże bywają i wydatniejsze, jeżeli jakiś przedmiot, leżący z boku osi soczewki, zatem na obwodzie pola widzenia, zajmie na chwilę naszą uwagę. I z tą chwilą, gdy oko popatrzy się skośnie przez szkło okularowe, to jest częścią soczewki oddaloną choćby tylko 10 do 12 milimetrów od osi (20 do 25 stopni), natychmiast błędy optyczne soczewki dadzą się uczuć, oko zaczyna źle widzieć.

Błędy najważniejsze, które każda bez wyjątku zwykła soczewka dwuwklęsła lub dwuwypukła posiada, są: astygmatyzm, występujący przy skośnem padaniu promieni na soczewkę, aberacja sferyczna i idące z nią w parze zniekształtnienie obrazka t. z. dystorsja i wygięcie obrazka, to znaczy: obrazek nie jest płaski, ale cały tak położony, jakby leżał na kuli. Aberacja chromatyczna zjawia się dopiero u soczewek silnych i ma dla oka mniejsze znaczenie, bo i oko samo ma nieco aberacji chromatycznej, więc tego błędu nie odczuwa.

Natomiast astygmatyzm i dystorsja to są te dwa błędy, które najwięcej psują dobroć obrazka, utworzonego przez części obwodowe soczewki.

Jeżeli na soczewkę padną promienie, które wysyła świecący punkt z odległości nieskończonej, tj.: równoległe, to części osiowe soczewki tak te promienie załamią, że w jej ognisku utworzy się znowu punkt jako obrazek przedmiotu. Ale jeżeli wiązka promieni równoległych pochodzi od punktu, który leży w pewnem oddaleniu od osi optycznej szkła i promienie te padną na soczewkę skośnie, to obrazek już nie będzie punktem, ale wskutek astygmatyzmu przez skośne padanie utworzą się zamiast obrazka w ognisku, 2 linje ogniskowe (obrazek punktu będzie wyciągnięty w linję): jedna, pionowa, bliżej, druga, pozioma, dalej od soczewki położona, ale obydwie bliżej soczewki, aniżeli jej ognisko dla promieni osiowych, bo soczewka swym obwodem silniej światło łamie, niż w osi. Zatem obwód soczewki posiada astygmatyzm, który jest tem silniejszy, im skośniej nań promienie padną i im soczewka jest silniejsza. Wskutek tego na siatkówce powstanie obrazek niewyraźny; a że obwód soczewki skupiającej — łamiąc silniej światło — powiększa, a rozpraszającej pomniejsza, więc obrazek tej części przedmiotu, która zostanie odtworzona przez obwód soczewki, będzie nieco odmienny od rzeczywistej postaci przedmiotu: obrazek będzie równocześnie i niewyraźny i zniekształtniony. To zniekształtnienie zwie się dystorsją. Jeżeli więc oko po przez soczewkę zbierającą popatrzy się na środek kwadratu, stojącego przed okiem w płaszczyźnie do osi optycznej szkła pionowej, to obrazek jego nie będzie kwadratem, ale jego boki będą wygięte poduszkowato (Rycina 1, II.). Wskutek powiększenia odtworzy

Ryc. 1.



soczewka punkt **A** kwadratu w punkcie **B**. Punkt **C** powinien się przesunąć do punktu **D**; ale ponieważ punkt **C** jest oddalony od środka **O** dalej, niż punkt **A**, więc wobec coraz to silniejszego powiększania przez obwód soczewki, punkt **C** będzie przesunięty do **E**; każdy bok kwadratu przedstawi się zatem oku uzbrojonemu w soczewkę skupiającą, jak krzywa **EBR**, wygięta wypukłością ku środkowi **O**.

W życiu praktycznem oko odczuje tę dystorsję w ten sposób, że, patrząc np. skośnie w dół przez okulary na próg pokoju, zobaczy go niżej, niż jest w rzeczywistości i ku górze wypukły. Jeżeli teraz patrzący przez okulary schyli głowę i popatrzy się na ten sam próg przez środek soczewki, to zobaczy go znowu, jako linję prostą i na właściwem miejscu, zatem dozna uczucia, że próg się zachwiał i poruszył, a ponieważ wie z doświadczenia, iż to się nie dzieje, więc odnosi ten ruch do siebie i odczuwa zawrót.

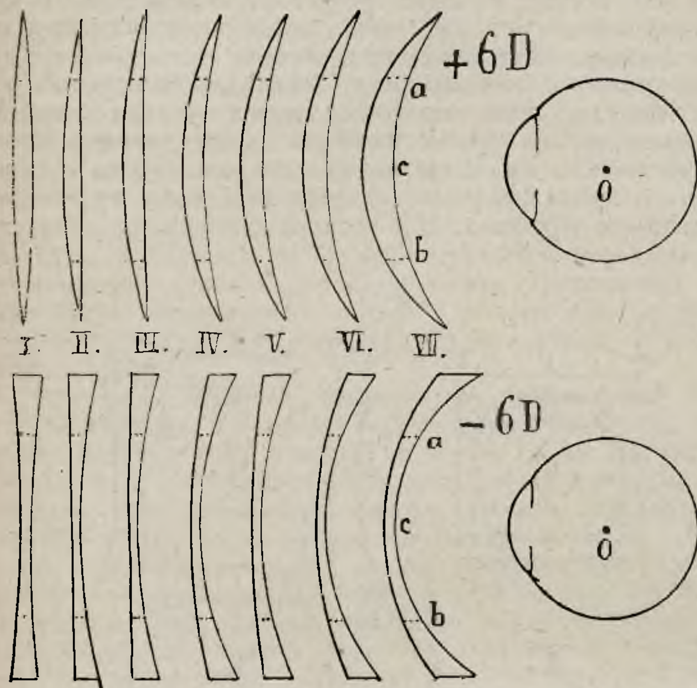
Szkła rozpraszające dają też dystorsję, ale odwrotną: kwadrat będzie odwrotnie zniekształtniony, w postaci beczułki. (Rycina 1,I.): zamiast kwadratu z bokiem prostym **P,I,Y**, zobaczy oko figurę, której boki są do środka wklęsłością zwrócone (**L. H. S.**). A ponieważ do tego dołącza się i astygmatyzm, więc linje kwadratu będą i powyginane i niewyraźne. Prócz tego obrazek nie będzie płaski, ale wypuklony.

Te trzy najważniejsze błędy soczewek dały się już dawno we znaki fotografom, którzy z tego powodu nie mogli robić zdjęć przy dużej rozwartości przepony (blendy); a zatem obrazki, które padały na klisze, były mało jasne. W roku 1840 stworzył Petzwal objektywy złożone z kombinacji kilku soczewek różnej siły i różnego współczynnika załamania, tj. materjału, i osiągnął obrazki pozbawione i astygmatyzmu i dystorsji. Dzisiaj postęp w budowie objektywów fotograficznych jest taki, że doskonałość obrazków, otrzymywanych przez objektywy fotograficzne, doszła już do najdalej możliwych granic.

Jednakże tego środka, którego użył Petzwal, tj. zestawienia kilku soczewek, dla zbudowania dobrych szkieł okularowych użyć nie można. Dla użytku przyrządu fotograficznego jest zupełnie obojętnem, że objektyw jest długi i ciężki. Przed oko takiego objektywu postawić nie można. Zmiana

gatunku szkła, tj. zmiana współczynnika załamania n, także do celu nie wiedzie. Pozostaje zatem tylko jeden sposób poprawy obrazków, które szkło okularowe daje, tj. zmiana krzywizn ścian soczewki i wzajemne ich ustosunkowanie.

Nie należy bowiem sądzić, by dla danego numeru soczewki tylko soczewka dwuwypukła lub dwuwklęsła, o równych promieniach krzywizn, była jedynie możliwa. Soczewka może mieć przy różnych krzywiznach przecież taką samą siłę osiową tj. taką samą ogniskową. Jako przykład niech służy soczewka o sile 6 dioptrji (ogniskowa = 166 milimetrów).



Ryc. 2.

Rycina 2 przedstawia właśnie cały szereg soczewek zbierających i rozpraszających, które mimo różnego kształtu (który jest przedstawiony w przekroju) mają wszystkie siłę 6 dioptrji. Dodana poniżej tabelka objaśnia rycinę 2: w pierwszej rubryce oznaczenie nazwy kształtu soczewki, w drugiej długość promienia krzywizn strony soczewki odwróconej od oka (o), w trzeciej siła łamiąca tej krzywizny w dioptrjach; w czwartej promień krzywizny powierzchni zwróconej do oka; w piątej siła łamiąca tej krzywizny w dioptrjach; znak + znaczy, że płaszczyzna jest wypukła, znak — że jest wklęsła (dla soczewek o sile + *6 dioptrji* i $n = 1{\cdot}52$)

Nazwa soczewki	promień powierzchni przedniej	siła łamiąca pow. przedn.	promień powierzchni tylnej	siła łamiąca pow tylnej
I. dwuwypukła	+ 173 mm	+ 3 D	+ 173 mm	+ 3 D
II. wypukło płaska	+ 87 mm	+ 6 D	∾	o
III. periskopijna	+ 72 mm	+ 7·25 D	— 416 mm	— 1·25 D
IV. półmuszlowa	+ 43 mm	+ 12 D	— 87 mm	— 6 D
V. punktalna	+ 37 mm	+ 13·5 D	— 64 mm	— 7·5 D
VI. anastigmat B	+ 32 mm	+ 15·4 D	— 51 mm	— 9 D
VII. ortoskop.	+ 25 mm	+ 20·8 D	— 35 mm	— 14·8 D

Dla soczewek rozpraszających o sile — 6 D wartości byłyby podobne z tą różnicą, że powierzchnie przednie miałyby dłuższe promienie, niż tylne, tj. zwrócona do oka (o) siła rozpraszająca tylnej powierzchni będzie większa, niż skupiająca przedniej; zatem różni caokaże, że szkło jest rozpraszające. Z tych wszystkich, na rycinie 2 przedstawionych soczewek tylko soczewki oznaczone IV., V., VI. i VII. tworzą częściami powierzchni obwodowemi dobre obrazki. Oko o, patrząc przez okolicę a lub b, widzi tak samo wyraźnie, jak przez część osiową c. Natomiast soczewki I. i II. dają w tej okolicy swego obwodu obrazki ze wszystkiemi wyżej opisanemi błędami.

Chodzi więc o to, jaki kształt nadać należy soczewce okularowej, aby i jej obwód dawał tak dobry obrazek, jak oś. Obrazek będzie dobry tylko wtedy, jeżeli szkło zostanie wygięte i tak przed okiem ustawione, aby jego płaszczyzna wklęsła była zwrócona do oka, jak to oba szeregi w rycinie 2 uzmysławiają.

Dr. J. Bujalski, Dyr. Szpitala Powszech. Tarnów.

Cztery przypadki ostrej niedrożności jelitowej.

(Notatka sprawozdawcza).

Wśród operowanych przezemnie przypadków ostrej niedrożności jelitowej spotkałem cztery, zasługujące na uwagę nie tyle ze względu na rodzaj cierpienia i przebieg (wszystkie skończyły się pomyślnie), ile raczej ze względu na niezwykłą przyczynę, która niedrożność wywołała.

1. Jan K. 51-letni, rolnik z Otfinowa (L. pr. St. ch. 1551|18). Przed 8—10 laty operowany w Krakowie wśród objawów ostrej niedrożności jelitowej. W r. 1914 operowany w Szpitalu w Tarnowie z powodu skrętu esicy. Po obu operacjach czuł się zupełnie zdrowym, pracował na roli. Przed 5 miesiącami ciężko chorował na „ból w brzuchu“, gorączkował, uporczywe wymioty. Wezwany lekarz rozpoznał wrzód okrągły żołądka. Leżał 12 dni. Od tego czasu przy wysiłkach fizycznych odczuwał silne bóle „w dołku“. Obecnie od czterech dni zupełne zatrzymanie wiatrów i stolca, gwałtowne boleści napadowe w brzuchu i uporczywe wymioty.

Po otwarciu jamy brzusznej zauważono dość gruby postronek, idący ponad jelitami z okolicy talerza biodrowego prawego aż do okolicy wyrostka mieczykowatego mostka, i przyrośnięty, tu do otrzewnej ściennej bardzo silnym zrostem wraz z siecią. Mniej więcej pośrodku zrośnięty był w 2 miejscach z jelitem. Okazało się, że postronek ten przesznurowujący jelita był wyrostkiem robaczkowym i miał 23 cm długości.

2. Wincenty D., 55-letni, rolnik z Wierzchosławic (L. p. St. ch. 1559|18). Zawsze zdrów. Przed rokiem zachorował ciężko na kamienie żółciowe, jak oświadczył mu ordynujący lekarz. Od tego czasu żadnych dolegliwości nie odczuwał. Przed 6-iu dniami podczas rąbania drzewa dostał gwałtownych boleści; zupełny brak wiatrów i stolca, wymioty cuchnące.

Po otwarciu jamy brzusznej dostrzeżono postronek, grubości piątego palca, przesznurowujący jelita i idący ponad niemi. Postronek ten był wyrostkiem robaczkowym jelita ślepego, a koniec jego gubił się w kłębie sieci, silnie zrośniętej z woreczkiem żółciowym. Długość wyrostka wynosiła 19 cm., z jelitami nie był nigdzie zrośnięty.

3. Wacław K. 55-letni, rolnik z Dulczy Wielkiej (L. p. St. ch. 1644|18). Wogóle zdrów. Przed 3 laty był chory kilka dni na boleści w brzuchu, lekarza nie wzywał wtedy. Od 3 dni chory. Choroba powstała nagle, podczas snu. Zbudziły go bóle w brzuchu, wkrótce potem wystąpiły wymioty. Od tej chwili zupełny brak stolca i wiatrów, wymioty nie ustępują. Przy badaniu prócz objawów ostrej niedrożności jelitowej stwierdzono obecność przepukliny lewostronnej pachwinowej wolnej. Po otwarciu jamy brzusznej w linji środkowej wydobyło się jelito ślepe potwornie rozdęte, przeciągnięte poza linję środkową ciała na stronę lewą i utrzymywane w tej pozycji przez wyrostek robaczkowy, jak taśma, spłaszczony, na 1 cm. szeroki. Koniec wyrostka otoczony siecią wraz z nią bardzo silnie zrośnięty był z otrzewną ścienną tuż przy wejściu wewnętrznem do kanału przepuklinowego po stronie lewej. Długość wyrostka wynosiła 12 cm.

4. Zofia B. 50-letnia, żona rolnika ze Zgłobic (L. p. St. ch. 2952|18). W ostatnich 20 latach chorowała raz jeden i to przed trzema laty na zapalenie jajników, leżała 6 tygodni. Pozatem zdrowa. Od dwóch dni silne bóle w brzuchu, wymioty, zatrzymanie stolca i niezupełne zatrzymanie wiatrów.

Po otwarciu jamy brzusznej zauważono postronek przesznurowujący jelita, rozpoznany z łatwością jako wyrostek robaczkowy jelita ślepego, ściągniętego znacznie ku linji środkowej, przyczem koniec wyrostka gubił się w guzie wielkości małej pomarańczy. Okazało się, że to jajnik lewy, obrośnięty siecią, z wrośniętym do wewnątrz końcem wyrostka. Po oddzieleniu wyrostka od sieci i jajnika i po usunięciu całego guza można było oznaczyć długość wyrostka: wynosiła ona 16 cm.

Dr. Marcin Zieliński i Dr. Eugeniusz Artwiński. Kraków.

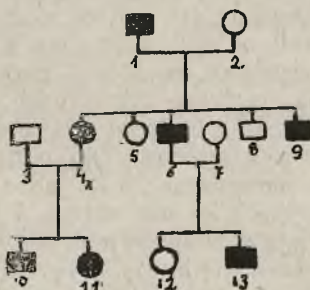
Przyczynek do nauki o ataksji dziedzicznej.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych U. J. Dyrektor: Prof. Dr. Jan Piltz.

W przypadku poniżej opisanym zasługuje na szczególną uwagę fakt, że do hyperkeratozy, którą stwierdzono także u ascendentów i descendentów, dołącza się tu po raz pierwszy symptomo-kompleks bezładu dziedzicznego.

E. K. 36 lat, żona adwokata, przyjęta do kliniki 13. XI. 1919. Her.: Ojciec chorej cierpiał na hyperkeratozę. Z pięciorga jego dzieci, troje ma hyperkeratozę; pośród nich chora, której dwoje dzieci obarczonych jest także hyperkaratozą. Jeszcze jeden przypadek hyperkeratozy pośród descendentów rodzeństwa chorej. Dziedziczność tego cierpienia objaśnia dołączona tablica.

TABLICA.



Objaśnienie do tablicy genealogicznej rodziny K.: □ mężczyźni, ○ kobiety; 1. 4 x, 6, 9, 10, 11 i 13, osoby cierpiące na hyperkeratozę, 4 x nasza chora.

U naszej chorej hyperkeratoza obu dłoni i podeszew od 7 miesiąca życia. W dzieciństwie płonica. W 32 roku życia pierwszy poród, po którym skrzepy w nogach, bóle i obrzęki przez kilka lat. W 27 roku życia poronienie; w 33 roku życia kilka miesięcy trwająca choroba umysłowa, którą prof. Marburg w Wiedniu określił jako typowy obraz »amencji«. Aż do okresu ozdrowienia po tej chorobie nie było zaburzeń chodu w rodzaju bezładu; prof. Marburg wyklucza istnienie objawów organicznej choroby nerwowej w tym czasie. Chora podaje także, że dopiero w jakiś czasu potem, a więc z końcem 33 roku życia, zauważyła u siebie chód »jakby człowieka pijanego«. Obecnie skarży się na zataczanie się, niepewność przy odwracaniu się i natychmiastowe padanie przy zamkniętych oczach.

Badanie fizyczne: Źrenice równe, krągłe, oddziaływują na światło i przystosowanie żywo i wydatnie. Nerwy mózgowe bez zmian. Siła mięśniowa ręki prawej (dynam. 60), mniejsza niż lewej (dynam. 71). Lekki bezład ręki prawej, mniej wyraźny lewej. Zniesienie odruchów kolanowych i Achillesowych. Chód chwiejny i zataczanie się. Objaw Romberga dodatni. Bezład i zaburzenie czucia głębokiego w kończynach dolnych. Hypestezja i hypalgezja w obrębie hyperkeratozy na dłoniach i podeszwach.

W klinicznym zespole objawów bezładu dziedzicznego wyodrębniono dwa typy, z których jeden opisał Friedreich, drugi P. Marie. Przypadek nasz nie odpowiada żadnemu z tych typowych obrazów i zdaje się przemawiać za słusznością zapatrywania, że zarówno choroba Friedreicha jak i bezład móżdżkowy Marie'a nie stanowią odrębnych jednostek chorobowych, lecz przedstawiają rozmaite okresy rozwoju tej samej sprawy anatomo-patologicznej. Z pomieszczeniem tego przypadku w obrazie klinicznym Friedreicha nie zgadzałby się późny początek cierpienia (dopiero w 33 r.), brak zmian odżywczych i charakterystycznego ustawienia stopy w ustawieniu szpotawo-końskiem z wyprostowaniem pierwszego członka palców, brak odruchu Babińskiego; przeciw zaliczeniu go do zespołu heredo-ataksji móżdżkowej Marie'a przemawiają wybitne zaburzenia czucia głębokiego i objaw Romberga, zniesienie odruchów kolanowych, brak zaniku nerwów wzrokowych i porażeń mięśni ocznych.

Mimo dokładnych wywiadów nie zdołano ustalić w rodzinie ani jednego przypadku heredoataksji, natomiast wybitnie dziedzicznem cierpieniem jest tutaj hyperkeratoza (patrz na tablicę). U chorej naszej przyłącza się do hyperkeratozy symptomo-kompleks bezładu dziedzicznego, przezco przypadek ten wchodzi jako dalsze ogniwo do łańcucha chorób, towarzyszących cierpieniom Friedreicha. Jendrassik uważa takie schorzenia dziedziczne, jak zaniki mięśniowe, chorobę Friedreicha, kurczowe porażenie rdzeniowe, za różnorodne odmiany »rodzinnego dziedzicznego zwyrodnienia«, przyczem w każdej rodzinie mogą zachodzić różne jego kombinacje. Pogląd ten potwierdzają spostrzeżenia J. Kollaritsa, który opisał rodzinę, gdzie choroba Friedreicha występuje obok dystrofji mięśniowych.

Popiera go również nasze spostrzeżenie kombinacji hyperkeratozy ze symptomo-kompleksem bezładu dziedzicznego. Kombinacja ta (pochodzenie ektodermalne) stanowić może także ciekawy przyczynek dla tych teoryj, które w chorobie Friedreicha upatrują wrodzoną już mniejszą wartościowość systemu nerwowego.

Współistnienie zespołów heredo-ataksji z chorobą skóry przemawiałoby za słusznością teorji Binga o uszkodzeniu plazmy zarodkowej z uwagi na wspólność ektodermalnego pochodzenia powłok i układu nerwowego. Brak natomiast w wywiadach naszej chorej wiadomości o alkoholiźmie, któremu tak wybitną rolę przypisuje Bing w powstawaniu dziedzicznych schorzeń rodzinnych. Interesujący w tym przypadku jest późny początek i powolny rozwój cierpienia. Pierwsze lekkie objawy zaznaczyły się w jakiś czas po przebytej chorobie umysłowej w 33 r. życia a pogorszenie, z którem chora wiąże początek swojej choroby, nastąpiło parę miesięcy przed przyjściem do kliniki.

Dr. Henryk Hilarowicz, asystent kliniki. Lwów.

O skręceniu sznurka nasiennego, na podstawie przypadku.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Jednem z rzadszych schorzeń narządu rozrodczego męskiego jest skręt sznurka nasiennego, cierpienie określane przez niektórych autorów jako skręt jądra o tyle nieodpowiednio, że skręceniu ulega nie obracające się jądro, lecz jego szypuła zawierająca części składowe sznurka nasiennego.

Przypadek poniżej opisany stanowi bardzo charakterystyczny przyczynek dla znajomości tego cierpienia, zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym.

J. B. lat 16. przyjęty na klinikę 28. XI. 1921. Dotąd zawsze zdrowy, o jakiejkolwiek nieprawidłowości swoich narządów płciowych nic nie wie. Dnia 25. XI. po jeździe wozem i dźwiganiu ciężkiego worka ze zbożem poczuł nagle silny ból w dolnej części brzucha po stronie prawej, poczem czuł się tak źle, iż położył się do łóżka; dnia tego wystąpiły wymioty, zatrzymanie stolca i wiatrów, znaczne osłabienie ogólne. Po dwóch dniach stan się polepszył, bóle, choć słabsze, trwają.

Stan obecny: Chłopiec w stosunku do wieku prawidłowo rozwinięty: temp. 37·2, tętno 100, język obłożony, wilgotny; brzuch nieco wzdęty, w górnych partjach niebolesny. Nad więzadłem pachwinowem prawem w okolicy kanału pachwinowego wypuklenie wielkości małej pięści, nie dające się od powłok brzusznych odgraniczyć, bardzo bolesne, pokryte skórą przesuwalną, niezmienioną; wypuk nad niem zupełnie stłumiony, chełbotania wyraźnego nie stwierdza się. W worku mosznowym wyczuwa się jedno jądro, małe i wiotkie, obok zaś niego po stronie lewej kulisty, miękki twór wielkości orzecha laskowego, który przy bliższem badaniu okazuje połączenie z jądrem zapomocą pasma około 3 cm długiego — w górnym brzegu zgrubiałego — odpowiadający oddzielonemu od jądra lewego przyjądrzu tegoż, a nie będący sam, jak się zrazu wydawało, niedorozwiniętem jądrem lewem. Rozpoznanie wobec niepewności co do stosunków w mosznach wahało się między przepukliną pachwinową uwięźniętą a jakąś sprawą ostrą, dotyczącą jądra prawego, o ile znajduje się ono w kanale. W znieczuleniu miejscowem odsłonięto leżący częściowo w kanale pachwinowym sinawy, podługowaty i chełbocący guz; po otwarciu go stwierdzono, iż jest to worek o ścianach około 2 mm grubych wysłany błoną surowiczą, zawierający niewielką ilość ciemno-krwawego nieco woniejącego płynu. Na dnie worka znajdował się kulisty twór, wielkości orzecha włoskiego, barwy ciemno-niebieskiej, który mógłby odpowiadać małej pętli jelita uwięźniętej: pod nim jednak nigdzie wejścia do wolnej jamy

brzusznej nie wyczuwało się. Pierścień pachwinowy wewnętrzny, w którym tkwił ów twór nieruchomo, nacięto, poczem dopiero można było go nieco wyciągnąć; stwierdzono, że jest to jądro prawe wraz z przyjądrzem, które uległo obrotowi o 360° w kierunku ruchu wskazówek zegara, skręcając swoją szypułę, około 5 cm długą, taśmowatą; jądro i szypuła aż do miejsca skrętu okazywały czarno-krwiste zabarwienie. Po odkręceniu szypuły, na której jądro wisiało swobodnie wewnątrz pochewki własnej, podwiązano ją partjami i odcięto; przewód nasienny tworzył pętlę, zniżającą się aż do nasady moszen, leżącą poza blaszką ścienną pochewki własnej; pętlę pozostawiono na miejscu, a worek, w którym leżało jądro, zeszyto, zwracając go powierzchnią surowiczą ku tkance podskórnej; powłoki zeszyto szwami Bassiniego. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy a chory po 10-ciu dniach opuścił klinikę.

Opisane stosunki oraz wycięte jądro, zarówno pod względem swej budowy, jak i zmian anatomo-patologicznych, są typowe dla przypadków skrętu i odpowiadają w zupełności innym opisom.

Zasadniczym szczegółem jest u s z y p u ł o w a n i e jądra, t. j. brak pozaotrzewnowej (poza obrębem pochewki własnej leżącej) przestrzeni, wzdłuż której prawidłowo tylna ściana jądra i część przyjądrza są umocowane; całe jądro, przyjądrze i część sznurka nasiennego są zewsząd powleczone błoną surowiczą (blaszką trzewiową pochewki własnej), przez co właśnie tworzy się szypuła, około 5 cm długa a 3 szeroka, płaska, dozwalająca jądru na nieprawidłowy obrót. Samo jądro, wymiarów 46 mm × 32 mm × 24mm, jest s p ł a s z c z o n e i pozostaje w styczności tylko z głową przyjądrza, na której widać bydatidę Morganiego, podczas gdy reszta przyjądrza jest o d d a l o n a od jądra, tworząc wewnątrz szypuły zgrubiałe pasmo, oddzielone od jądra głęboką kieszenią (*sinus epidydimis* — prawidłowo niewielkie zagłębienie pomiędzy jądrem a leżącem na niem przyjądrzem). Na przekroju w stanie świeżym uderza wielka ilość krwi w preparacie, powodująca czarno-czerwone zabarwienie przy zupełnie zatartym rysunku jądra.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e. (Zakład anatomji patologicznej Uniw. we Lwowie) wykazuje:

Błona biaława jądra dobrze utrzymana, na powierzchni gładka, jednak bez widocznej wyściółki śródbłonkowej; tuż pod nią stwierdza się obfite, płaskie wylewy krwawe, wnikające miejscami w samą tkankę jądra. Utkanie jądra jeszcze o tyle zachowane, że można dopatrzeć się obrysów poszczególnych kanalików nasiennych, budowa jednak komórkowa tychże, podobnie jak i tkanki międzykanalikowej, zupełnie zatarta z powodu martwicy skrzepowej. Jako tkanka martwicza cały miąższ jądra barwi się bardzo blado. Poszukiwanie plemników w świetle kanalików dało wynik ujemny. W tkance podścieliskowej międzykanalikowej bardzo rozległe, jednostajne wylewy krwawe, w wielu miejscach z powodu konglutynacji ciałek czerwonych znajdują się jednostajne masy szkliste eozynochłonne. W tkance przyjądrza gdzieniegdzie jeszcze widoczne kanaliki i wywody o częściowo utrzymanej wyściółce nabłonkowej, w świetle których również plemników wykazać nie można, tkanka zaś podścieliskowa obficie krwią nacieczona. Żyły silnie porozszerzane, wypełnione ciałkami czerwonemi, przeważnie skonglutynowanemi.

Obraz zatem histologiczny jądra i przyjądrza odpowiada zmianom, spostrzeganym przy zupełnem powstrzymaniu odpływu krwi t. j. zastoju żylnym (stasis) z następową martwicą tkanki, w zakresie której ten zastój nastąpił. Jeszcze utrzymana budowa jądra i przyjądrza, aczkolwiek już martwiczych, świadczy, że powstrzymanie odpływu krwi w danym przypadku mogło trwać zgodnie z wywiadami kilka dni. W większości opisów przypadków skrętu sznura nasiennego można się spotkać z określeniem zmian anatomo-patologicznych w jądrze, jako »zawał krwawy«, użytem o tyle nie ściśle, że zmiany te, chociaż takie same jak przy zawale, powód mają inny — a mianowie nie zaczopowanie tętnicy końcowej lecz zamknięcie przedewszystkiem żył wskutek skrętu szypuły — to samo, co dzieje się przy skręcie torbieli jajnikowej, uwięźnięciu pętli jelita lub skręcie kiszek, w których to przypadkach o zawale krwawym się nie mówi.

W przypadku naszym jądro skręciło swoją szypułę, obracając się, jak wspomniano, wewnątrz swojej pochewki własnej. Autorowie francuscy określają tę najczęstszą postać skrętu trafnie jako »volvulus« jądra, w odróżnieniu do postaci rzadszej, bo niewiele tylko razy opisanej, gdy jądro wraz z wszystkiemi swemi osłonami okręca się, powodując »torsję ex travaginalną« (S e r a f i n i [1]) lub »kastrację samodzielną« — »Bistournage spontanée« — (S é b i l e a u i L a p o i n t e [2]); podobną postać okręcenia spostrzegał też S c h r a m m w jednym, nieopisanym dotąd przypadku u chłopca 6-miesięcznego, operowanego przy rozpoznaniu uwięźniętej przepukliny pachwinowej po stronie prawej.

Skręt sznura nasiennego nie należy do chorób częstych; w dostępnej mnie literaturze zdołałem zebrać opisanych dotąd przypadków 96; z tych najdawniejszy opisany przez D e l a s i a u v e'a [3]) w r. 1840. Istnieją prócz tego nader ciekawe prace doświadczalne, dokonywane w celu wyświetlenia tego schorzenia przez C h a u v e a u [4]), M i f f l e t a [5]), E n d e r l e n a [6]), L a p o i n t e'a [2]) i V a u v e r t s'a [7]).

Znaczna większość opisanych przypadków skrętu dotyczy jądra pachwinowego, mającego też, jak wiadomo, skłonność do innych schorzeń, jak bujania nowotworowego, zapaleń i uwięźnięcia. Już N i c o l a d o n i [8]) w r. 1885 podnosi ścisły związek skrętu sznurka nasiennego z wnętrostwem i twierdzi, że i te jądra, które uległy okręceniu w mosznach, były pierwotnie dłuższy czas wstrzymanemi jądrami pachwinowemi, które opóźniły się w swem zstąpieniu; zauważa też fakt, że jądra pachwinowe wogóle okazują wielką ruchomość, łatwo, zwłaszcza u dzieci wskakują do jamy brzusznej i wychodzą napowrót (K o c h e r, B e r c h o n, G i n t r a c). S a s s e [9]) zajmuje się tą sprawą bliżej: jądro ma w życiu płodowem długą krezkę (mesorchium), na której porusza się w jamie brzusznej swobodnie; w miarę zstępowania jądro traci swoją krezkę i dzięki temu, że tylna jego ściana, przyjądrze z wyjątkiem głowy i sznurek nasienny otrzymują położenie pozaotrzewnowe, zostaje umocowane; o ile jądro nie zstępuje, lub zstępuje później, szypuła się nie skraca, i jądro zachowuje swoją ruchomość, będącą nieodzownym warunkiem powstania skrętu wewnątrz pochewki własnej. N i c o l a d o n i nazywa to zjawisko »brakiem mesorchium«, jak sam przyznaje niezbyt trafnie, bo właśnie nie z brakiem krezki, lecz z krezką nad — miernie długą mamy tu do czynienia; jądro, które prawidłowo zachowuje się tak jak np. nerka, w przypadkach skrętu ma swoją krezkę, jak pętla jelita, wisi jak owoc na ogonku (N i c o l a d o n i) lub jak płód w owodni (C o t t e i C r o i s i e r [10]) wewnątrz swej, zwiększoną pojemność mającej, pochewki własnej. Według nowych, bardzo dokładnych badań W ę g ł o w s k i e g o [11]), opartych na mozolnych rekonstrukcjach, jądro, leżące w jamie brzusznej zarodka jeszcze przed nerką, posiada krezkę, która w okresie 3·5—6 mies. wydłuża się tak, że pozwala na pociągnięcie jądra poza środkową linię ciała; w czasie, gdy jądro opuszcza ostatecznie jamę brzuszną, krezka znika, rozpływa się niejako w otrzewnę wyścielającą miednicę. Zstępowanie jądra odbywa się zrazu dzięki nierównomiernemu wzrostowi narządów, a następnie dzięki pracy, którą wykonuje tz. jądrowód (gubernaculum Hunteri), ulegając bardzo ciekawym przemianom; rozrastając się potężnie, narząd ten, pochodzący z dolnych części pranercza, zrazu unosi obniżone już jądro ku górze i przygotowuje dlań wolną drogę w ścianie brzusznej, poczem, sam zanikając, wprowadza niejako za sobą jądro do moszen; resztka jego stanowi tzw. *ligamentum scrotale*, unieruchomiające tamże na dnie jądro. Jeszcze znacznie wcześniej, jak jądro, zsuwa się wzdłuż jądrowodu ku mosznom zagłębienie otrzewnej, którego światło, po przeniknięciu jądra aż do jego dna, powyżej zarasta, tak że jądro i przyjądrze, leżąc częściowo poza obrębem otrzewnej, osłonięte ciasno pochewką własną i przymocowane resztką jądrowodu, traci swoją ruchomość. Jeżeli więc, wskutek czynnościowych zaburzeń tego procesu, jądro nie zstępuje, to z jednej strony zachowuje ono swą długą krezkę, z drugiej zaś strony worek otrzewnowy, nie mogąc ponad obniżonem jądrem na dłuższej przestrzeni zarosnąć, pozostaje obszernym, a do tego i nie wytwarza się więzadło mosznowe, co wszystko warunkuje wielką ruchomość jądra przy wnętrostwie. Jądra takie, prócz uszypułowania i ruchomości, w naszym przypadku wybitnie wyrażonych, okazują zazwyczaj i inne nieprawidłowości. Tu należy o d d z i e l e n i e jądra od przyjądrza, które może być do tego stopnia zupełne, że skręceniu ulega tylko przestrzeń między jądrem a przyjądrzem, które wówczas zostaje zachowane (przypadek L e x e r a [12]), albo też samo tylko przyjądrze okręca się na swojej oddzielnej szypułce, niezawiśle od jądra (przypadek A n d e r s'a [13]). W naszym przypadku przyjądrze mieści się wewnątrz wspólnej szypuły, oddzielone od jądra głęboką kieszenią, i przedstawia obraz bardzo zbliżony do takiego, jaki jest charakterystyczny wogóle dla wnętrostwa według P o l y i [14]),

a który autor ten wykorzystał przy swoim sposobie orchidopexji. Dalszą nieprawidłowością, i w naszym przypadku zaznaczoną, jest silne spłaszczenie jądra, co ma ułatwiać ustalenie obrotu. Wreszcie opisane przez Kochera[15]) ustawienie poziome jądra w odróżnieniu do prawidłowego pionowego sprzyja przy powstaniu skrętu (*inversio horizontalis*) zaciśnięciu naczyń; o ile bowiem w położeniu pionowem naczynia krwionośne, wnikające na górnym biegunie jądra i przewód nasienny, uchodzący w dolnym biegunie, biegną mimoto razem, to w położeniu poziomem tworzą one dwa sznurki, przebiegające w szypule oddzielnie wzdłuż jej brzegów, które, w razie niewielkiego już skręcenia się tejże, silnie się wzajem uciskają (przypadek Cahena[16]).

Jak wynika z opisów przypadków, skręt sznura nasiennego zdarzał się najczęściej we wieku 15—25 lat, a więc w okresie dojrzewania, choć nie brak w literaturze przypadków, dotyczących wieku 4-ech, 18-tu miesięcy, 4, 9, 45 i 60-ciu lat. Skręt dotyczył mniej więcej w równej mierze jądra prawego i lewego, odbywał się najczęściej w kierunku ruchu wskazówek zegara i wynosił 90°—360°, najrzadziej 270°, w jednym przypadku aż 3 × 360° (Viscontini[17]). Jak już wynika z poprzednich ustępów, skręt sznurka nasiennego w mosznach jest rzadszym, a już do największych rzadkości należy dwukrotnie opisany skręt szypuły jądra brzusznego (Hovard[32]).

Przyczyny cierpienia nie są dokładnie znane; wśród powodów zewnętrznych, które poprzedzały bezpośrednio wystąpienie objawów w przypadkach opisanych, jedne, jak np. podniesienie ciężaru (i w naszym przypadku), trudne oddawanie stolca (Tuffier, Barker), kichnięcie (Meyer), skok z wysoka (Scheen), ćwiczenia gimnastyczne (Dreibholz[18]), cechują się zwiększeniem parcia śródbrzusznego, drugie były to urazy z zewnątrz działające, jak uderzenia, dostanie się powiększonego worka mosznowego między uda (Sasse[9], Dreibholz), próba odprowadzenia przepukliny (Page). O ile te ostatnie tyczą się jąder okręconych w mosznach, zwłaszcza gdy treść ich była nieprawidłowo powiększona (nowotwór w przypadku Enderlena, wodniak po stronie zdrowej w przypadku Sassego), to pierwsze nadają się do wyjaśnienia sposobu powstawania skrętu przy wnętrostwie pachwinowem. I tak Klinger[19]) sądzi, że przyczyna leży w zwiększeniu się parcia śródbrzusznego wskutek skurczu mięśni przy wysiłkach fizycznych, a wyjaśnia to lepiej Sauerbrey, opierając się na fakcie, że jądro, zstępując do moszen, już fizjologicznie odbywa powolny skręt o 90°, zwracając się przyjądrzem ku tyłowi; otóż, o ile jądro pachwinowe zostanie wskutek działania tłoczni brzusznej wypchnięte z kanału, może odbyć w pewnych warunkach ten skręt nagle, co już stanowi »torsję« względnie jej początek. Ten sposób tłómaczenia wydaje mi się najtrafniejszym; istnieje bowiem drugie, podobne, a opisane bliżej i wyodrębnione przez de Quervaine'a[20]) i Flescha[21]) schorzenie, a mianowicie uwięźnięcie jądra pachwinowego, które powstaje między innemi wedle de Quervaine'a wtedy, gdy jądro pachwinowe, o względnie krótkiej krezce, zostanie przez działanie tłoczni brzusznej z kanału wyparte i nie może powrócić; jeżeli zaś w takim przypadku dołączy się jeszcze ruch jądra spiralny, odpowiadający fizjologicznemu, lub też uwarunkowany kształtem jądra i kanału — mamy już »torsję« ustaloną; w naszym przypadku szypuła jądra rzeczywiście nie tylko była skręcona, ale i naciągnięta i uciśnięta w kanale pachwinowym, tak że dopiero po wykonaniu nacięcia pierścienia wewnętrznego udało się ją uruchomić i odkręcić. Tak więc może istnieć samo uwięźnięcie jądra pachwinowego bez skrętu szypuły — ale skręt tejże, wskutek skrócenia i zgrubienia do pewnego stopnia jest połączony z uwięźnięciem.

Inaczej wyobrażają sobie mechanizm powstawania skrętu Laudon, Treviseau, Lapointe, sądząc, że mięsień dźwigacz jądra, działając w nieprawidłowym kierunku, może go powodować, Viscontini zaś odnosił sprawę w swoim przypadku do mięśnia dźwigacza jądra, rozdzielonego na trzy wiązki, których nierównomierne działanie miało wywołać skręt. Lecz działaniem mięśnia dźwigacza chyba te tylko możnaby tłómaczyć przypadki, w których jądro okręciło się wraz z osłonami, gdyż przyczepia się on nie do jądra, lecz do osłon i w pewnych warunkach mógłby, ciągnąc, wywołać ruch spiralny całości.

Objawy cierpienia cechują się nagłem wystąpieniem bólu po jednej z wymienionych przyczyn, umiejscowionym często zrazu w brzuchu lub okolicy lędźwiowej i rychło potem występującym wstrząsie — wymiotami, osłabieniem tętna, zaparciem stolca i wiatrów, nieraz gorączką, leukocytozą (Cupler[22]), przy zjawieniu się rychłem guza bolesnego w mosznach lub pachwinie; cechujące jest, że nasilenie objawów zrazu gwałtownych samo po pewnym czasie maleje. Rozpoznanie zwłaszcza w przypadkach z lat dawniejszych rzadko kiedy było właściwem, a wedle statystyki Dreibholza zdarzało się to w zaledwie 7%; najczęściej rozpoznawano przepuklinę uwięźniętą i operowano, autorowie natomiast nowsi nieraz wcześnie rozpoznawali skręt sznurka nasiennego i postępowali w zasadzie więcej zachowawczo. Przy rozpoznaniu różniczkowem wchodzą w rachubę prócz przepukliny uwięźniętej sprawy zapalne ostre jądra i przyjądrza (np. Gilbrid[23]), zapalenie jądra w kanale pachwinowym (Nicoladoni, *periorchitis acuta*) krwiaki urazowe (Lexer), ostre zapalenie wyrostka rob. (Cupler), ropień w kanale pachwinowym z przebitego lub uwięźniętego wyrostka (Lauenstein[24]), Helferich), wreszcie wspomniane wyżej uwięźnięcie jądra, którego od skrętu odróżnić nie podobna; w przypadkach więcej przewlekle przebiegających rozpoznawano też gruźlicę jądra lub jej zaostrzenie po urazie (Dreibholz), wreszcie i równocześnie istniejąca przepuklina pachwinowa może utrudniać rozpoznanie (Keen). Ułatwiają je znacznie: brak jednego lub obu jąder w mosznach, własności guza, który, o ile chodzi o jądro pachwinowe, jest podobny raczej do nacieku, jest więcej rozlany i przedstawia stan więcej zapalny, jak przepuklina, wreszcie wywiady świadczące, że objawy zrazu gwałtowne same złagodniały, lub że podobne lekkie napady już poprzednio zjawiały się i same przechodziły. Niejednokrotnie bowiem opisano przypadki nawykowego skrętu sznurka nasiennego (Finny[26]), Cotte[25]), Gorden[27]), Cahen, Lexer), a Uffredusi[28]) twierdzi, że wiele przypadków »kolki jądra« ma swoje źródło w skręceniu nieznacznego stopnia, które samo mija; także opisane przez Nicoladoniego, Lexera i innych, często znajdowane wewnątrz wyciętych okręconych jąder torbiele mają stanowić ślady dawniej powstałych wylewów krwawych lub zatrzymania odpływu wydzieliny wskutek powtarzających się lekkich skręceń. Jako środek rozpoznawczy poleca nakoniec Wachtel[29]) badanie odruchu mięśnia dźwigacza jąder, który, według niego, nie znika i przy stanach zapalnych; o ile przy próbie tej guz niewiadomy unosi się (w mosznach) lub powstaje odruchowo ból (w pachwinie), guz jest jądrem, o ile zaś nie oddziałuje przy dobrze zachowanym odruchu po stronie przeciwnej — nie jest niem. W naszym przypadku zasługuje na uwagę zachowanie się przyjądrza po stronie zdrowej, z jednej strony, jako nieprawidłowość symetryczna, pozwalająca przypuszczać, że przynależne doń jądro opóźniło się w swem zstąpieniu, co dało powód do wydłużenia się dróg wywodzących nasienie (por. Polya[14]), z drugiej, ponieważ, naśladując jądro drugie, utrudniało rozpoznanie! Autorowie dawniejsi, opierając się częściowo na wynikach badań doświadczalnych Miffleta i Enderlena, według których już po 22 godzinach wstrzymania dopływu krwi jądro ulega bezpowrotnie zanikowi lub martwicy, postępowali doszczętnie, wykonując, według Dreibholza, w 74% przypadków trzebienie; w niewielu zaś przypadkach, w których jądro po odkręceniu pozostawiono, nastąpił albo zupełny zanik, przejście narządu w bliznowaty twór (przypadek Meyera po 42 g.), albo wydzielenie się zmartwiałej znacznej części jądra nazewnątrz (Mikulicz, Gervaise, Davies Colley, w przypadkach 3, 6, 8 dniowych), jedynie w przypadku Mausona, (po dniach 16-tu!) mała tylko część jądra uległa martwicy. W nowszych czasach nawoływano do postępowania więcej zachowawczego; i tak Bogdanik[30]) radził wogóle nie operować, co chyba, wobec niepewności rozpoznania i następującej, jak wynika z nowszych badań Lapo-

inte'a i Vanverts'a, nawet przy jałowem postępowaniu zgorzeli zostawionego jądra, zbyt jest ryzykownem. Krause[31]) powiada, że na wycięcie jądra zawsze jest czas i że trzeba o ile możności starać się jądro zachować, Hovard[32]) zaś poleca jądro pachwinowe okręcone, jako i tak mniej wartościowe i do różnych schorzeń skłonne, zawsze wycinać, jądro zaś w mosznach próbować odkręcić zrazu bezkrwawo, potem krwawo i zachować się wyczekująco. Odkręcenie bezkrwawe udało się rzeczywiście kilkakrotnie (Nash, Finny, Attley[33]), co prawda w przypadkach zupełnie świeżych i zaraz rozpoznanych, przyczem czuło się wyraźnie chwilę wskoczenia jądra w prawidłowe położenie, czemu towarzyszyło zupełne ustanie bólów. W każdym razie polecają po odkręceniu jądra zabezpieczyć je przez przyszycie w normalnem położeniu lub też ściągnąć je do moszen i tam umocować (orchidopexja). Przy ocenie stanu żywotności jądra wchodzą w rachubę nietylko wygląd jądra, czas trwania skrętu i stopień tegoż, ale także i szerokość szypuły (Lauenstein), z którą wzrasta, *caeteris paribus*, stopień zaciśnięcia.

Jak zawsze, tak i w przypadkach skrętu sznurka nasiennego należy indywidualizować i jak z jednej strony nie kusić się w każdym przypadku o bezkrwawe odkręcenie jądra lub zachowanie czarnego w cuchnącej cieczy pływającego, albo też maleńkiego i zanikłego narządu, tak też i z drugiej strony nie wycinać zaraz jądra, zwłaszcza w mosznach, w przypadkach świeżych, gdy skręt nie był znaczny, a wygląd jądra pozwalał na przypuszczenie, że narząd choć w części czynności swoje lub tylko istnienie może zachować.

Piśmiennictwo:

[1]) Serafini, Ac. di med. di Torino 1911. [2]) Lapointe, Paryż 1904. [3]) Delasiauve, Revue medical franc. et étr. 1840. [4]) Chauveau Bul de l'Acad. de med. Paris 1875. [5]) Mifflet, Arch. f. Kl. Ch. 1879. [6]) Enderlen D. Ztschrf. f. Chir. 1896. [7]) Vauverts, Annal des mal. des org. uro-gen. 1904. [8]) Nicoladoni Ar. f. Kl. Chir. 1884 [9]) Sasse. Ar. f. Kl. Chir. 1899. [10]) Cotte et Croisier, Lyon chir. 1991. [11]) Węgłowski, a) Prace Kliniki chir. Prof. Diakonowa, Moskwa 1903, b) referat na posiedz. Tow. Lek. Warszaw. 1918. [12]) Lexer, Arch. f. Kl. chir. 1871. [13]) Anders, St. Petersb. med. Wchschrf. 1892. [12]) Polya, Ztblt. f. Chir. Nr. 48, 1921. [15]) Kocher, Deutsche Chir. 1887. [16]) Cohen D. Ztchschr. f. Ch. 1890. [17]) Viscotini, Gaz. del. osped, et d. clin. 1913. [18]) Dreibholz Beitr. z. Kl. Chir. T. 51., tamże bliższe piśmiennictwo. [19]) Klinger, M Woch. 1904. [20]) De Quervaine, D. Ztsch. f Chir. 1901. [21]) Flesch, Btr. z. Kl. Ch. 87. T. 1913. [22]) Cupler. Surg. gin. and obst. vol. XXI. [23]) Gilbrid, New York. med. Jour 1921. [24]) Lauenstein, Samml. kl. Vortr. 1893. [25]) Cotte, Lyon medic. 1912. [26]) Finny Brit. med. Journ. 1913. [27]) Gorden, Brit. med. Journ. 1913. [28]) Uffredusi, Arch. f. Kl. Chir. 1912 i 1913. [29]) Wachtel Münch. med. Wchschr. 1912. [30]) Bogdanik W. m. Presse 1905. [31]) Krause, Diss. Greiswald 1911. [32]) Hovard Brit. med. Journ. 1907. [33]) Attley, Lancet 1911.

Dr. med. J. Leyberg, b. starszy ordynator szpitala. Łódź

Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła wczesna.

(Według odczytu, wygłoszonego w Łódzkiem Tow. Lek. d 16. II. 1921 r. i na posiedzeniu Koła nauk.-lek. w Szpit Okręg. w Łodzi 2. III. 1921).

Ze Szpitala wojskowego Nr. 2 (wenerycznego) w Łodzi i z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego (Kierownik Doc. Dr. Fr. Venulet).

(Ciąg dalszy)

W danym przypadku szum w lewem uchu pochodzenia centralnego rozstrzyga o sprawie. Że jednak przesączanie się reagin z surowicy do płynu ma duże cechy prawdopodobieństwa, dowodzi nam następujący przypadek, jako jeden z wielu:

N 288. S. W. 22 lata, zakaził się przed 3-ma miesiącami, dotąd otrzymał 3 Neosalv. + 10 Hg. sal. Krew Wa ++++, płyn Wa 0,15—0,25— Non.-Ap —Pandy —, elementów komórkowych brak. Po 2-ch neosalwarsanach sublimatowych a 0,45+0,01 subl. (mieszanka Linsera) + 2 neosalw. a 0,3 w przeciągu 24-ch dni, badanie krwi i płynu wykazało: krew Wa ++++ płyn Wa 0,15—0,25 + N.-Ap. — Pandy, — pleocyt. — Chory poddany jest energicznemu leczeniu, trwającemu 8 tygodni, poczem badanie krwi i płynu wykazuje: krew W +, płyn we wszystkich odczynach normalny.

W tym przypadku nie możemy uważać odczynu Wa w płynie za dowód zakażenia układu nerwowego, gdyż odczyn ten zjawił się w płynie dopiero w przebiegu rozpoczętego leczenia, które, jako niedostateczne, powiększyło ilość reagin w surowicy krwi i spowodowało przesączenie się ich do płynu. Dopiero leczenie energiczne, zmniejszając napięcie odczynu Wa w surowicy, usunęło proces przesączania.

Odczyn Wassermanna w płynie u chorych tego okresu wystąpił na ogólną ilość w 72 przypadkach 10 razy (14%), na 52 przypadków nieleczonych 9 razy (17%).

Ze względu na to, że przy leczeniu niedostatecznem odczyn Wa w płynie zachowuje się odpornie, liczbę 14% uważamy za miarodajniejszą.

Na 10 dodatnich odczynów Wa raz jeden odczyn ten wystąpił jako odosobniony Wa ++ (wyżej przytoczony przypadek N 199), w pozostałych 9-ciu zawsze obok innych patologicznych odczynów:

5 razy wszystkie 3 odczyny, 3 razy Wa obok pleocytozy i 1 raz Wa obok odczynu globulinowego.

Napięcie odczynu Wa w płynie było naogół słabe i wahało się pomiędzy Wa 0,25 + a Wa 0,25 +++; w jednym przypadku mieliśmy Wa przy 0,15+0,25 ++++.

Jako rzecz godną uwagi podkreślić należy, że w tym okresie septycznym kiły na 72 przypadków mieliśmy 8 razy (11%) ujemny odczyn Wa w surowicy, pomimo jednoczesnej wysypki, przyczem 1 z płynem patologicznym (patrz tabl. II a 2). Nie ulega wątptiwości, że gdybyśmy się posługiwali odczynem Wa w surowicy częściej, niż to zazwyczaj ma miejsce, to jest nie tylko dla celów rozpoznawczych przy kile utajonej, lecz i dla kontroli przebiegu choroby niezależnie od objawów klinicznych, takie przypadki nie byłyby rzadkiemi. Zgodnie z poglądem większości autorów (Boas, Hauptman, Kafka, Lange, Plaut i inni) twierdzić dziś możemy, że źródłem reagin Wa nie jest krew, gdzie krętek blady znajduje się przemijająco, lecz tkanki, w których się zarazek na dłuższy czas usadowił. Tkanki te, reagując na obecność w nich zarazka swoistym naciekiem komórkowym, wytwarzają ciała, stanowiące budulec tego odczynu (t. zw. reaginy). Przemawia za tem cykliczny charakter odczynu Wa: występowanie podczas wysypek, częste znikanie w okresie utajenia i ponowne zjawianie się podczas nawrotów. Należy uprzytomnić sobie, że odczyn Wa jest odczynem *in vitro*, a jako taki wymaga pewnego niezbędnego „minimum" ilości ciał, które się nań składają (reaginy), abyśmy go mogli w probówce zademonstrować; poniżej tego „minimum" odczyn wypada jako ujemny, jakkolwiek syfilizacja tkanek mogła już nastąpić. Przy obecnej technice odczynu Wa i jego dotychczasowych modyfikacjach ta minimalna granica stoi jeszcze o wiele za wysoko, ponieważ odczyn ten daje się stwierdzić o wiele później, niżby tego wymagał moment, ściśle rozgraniczający infekcję lokalną od zakażenia ogólnego [1]). Przyjmując nacieki kiłowe jako źrodło reagin Wassermanna, możemy zrozumieć przypadki, reagujące w Wa ujemnie, pomimo jednoczesnej wysypki: ilość, względnie nasilenie reagin jest w danym momencie zbyt słabe, czyli znajduje się poniżej tej minimalnej granicy, która jest niezbędna, aby odczyn Wa można było wykazać w probówce. Wystarcza w takich przypadkach rozpocząć leczenie i w toku leczenia zbadać suro-

---

[1]) Pragnę tutaj mimochodem zaznaczyć, że pod tym względem odczyn kłaczkowy Meinicke w kile pierwszorzędnej zdaje się być czulszym, niż odczyn Wa. Badając bardzo wczesne przypadki miejscowego zakażenia kiłowego, w których odczyn Wa był jeszcze ujemny, mogłem spostrzegać, jako zjawisko prawie stałe, że odczyn Meinicke wyprzedzał Wa. Powtarzało się to tak stale, że, poddając świeże przypadki leczeniu poronnemu, już na zasadzie zachowania się odczynu Meinicke udawało mi się przewidzieć, czy odczyn Wa wystąpi, czy nie: Meinicke stale ujemny w trakcie leczenia wykluczał Wa, podczas gdy stopniowe wzmaganie się napięcia odczynu Meinicke było jakby zapowiedzią odczynu Wa, zjawiającego się w następstwie prawie stale. Potwierdzenie tego spostrzegania znajduję w pracy F. Zimmerna: *„Ueber okkulte Schwankung der Serum-Reaktion bei primärer Lues"* Dermatolog. Wochenschrift 1921 Nr. 41.

wicę, aby się przekonać, że często odczyn Wa z ujemnego staje się dodatnim.

W tablicy II a — 2 mamy jeden taki przypadek; przytaczamy go dlatego, że jest to jednocześnie jedyny w tym okresie przypadek, w którym pomimo ujemnego Wa w surowicy przy hematogennej wysypce płyn wykazywał zmiany patologiczne.

N 33 N. P. Zakażenie w połowie grudnia 1920 r., dotąd nieleczony. 4. II. 1921; blizna w *sulcus coronarius*, *scleradenitis inguinalis*, *roseola*; tegoż dnia wzięto krew i płyn do badania. Krew Wa i Meinicke — Płyn: Wa 0,25, N.-Ap. i Pandy ślady, pleocytoza +. Chory otrzymuje 3 · Neosalwarsany: 0,3, 0,45, 0,45. 19. II. Krew Wa i Mein. +++, poczem trwa leczenie do 28. III. 1921 r. przyczem chory otrzymał ogółem 4,5 gr. Ns. + 0,5 kalomelu. 30. III. krew Wa i Mein. — Płyn 0,25, — Non.-Ap. i Pandy ślady, pleocyt. —.

W tym przypadku chory z osutką oddziaływa z początku w Wa ujemnie; rozpoczęte leczenie wywołuje odczyn Wa w surowicy, płyn jednak wykazuje zmiany patologiczne, zanim krew daje dodatni odczyn Wa. Gdyby już sama obecność zarazka w płynie, lub we krwi, była wystarczającą, aby wywołać dodatni odczyn Wa, to byśmy odczyn ten w danym przypadku powinni byli mieć jednocześnie i we krwi i w płynie, za czemby przemawiała z jednej strony roseola, z drugiej — pleocytoza.

Przypadek, podany w tabl. II a — 3, w którym płyn wykazał Wa +, a krew Wa —, jest niepewny, ponieważ chory przyszedł z osutką i przed rozpoczęciem leczenia nie był badany serologicznie; wynik zaś powyższy (krew Wa— płyn Wa +) wypadł 6 tygodni po skończeniu intenzywnego leczenia.

W każdym razie uderza fakt, że w tym septycznym okresie kiły odczyn Wa w płynie występuje stosunkowo rzadko: na 24 przypadków z zakażonym płynem tylko w 10 (40%) Wa w płynie był dodatni, podczas gdy pleocytozę mieliśmy tutaj w 91% (na 24 przypadków —22). I w płynie zatem należy przyjąć ten sam powolny mechanizm powstawania odczynu Wa, co i w surowicy krwi; musi on osiągnąć pewną minimalną granicę reagin, poniżej której nie możemy go wykryć, jakkolwiek płyn już jest zakażony.

Co się tyczy zachowania się płynu w stosunku do objawów na skórze, to, jak wynika z przytoczonej liczby, określającej nam częstość schorzenia płynu w tym okresie (33%), zaledwie $^1/_3$ część przypadków z objawami na skórze daje płyn patologiczny. Zauważyliśmy przytem, że płyn patologiczny dotyczył przeważnie przypadków z wysypkami grudkowatemi: na 24 przypadków — 17 razy płyn był patologiczny przy wysypkach grudkowatych, 7 razy przy osutkach.

Wnioski:

I. Zakażenie układu nerwowego w okresie septycznym kiły daje się stwierdzić w jednej trzeciej ogólnej ilości przypadków. W porównaniu z kiłą pierwszorzędową płyn patologiczny w tym okresie spotykamy znacznie częściej, (33,3 : 7,8).

II. Najczęstszym i najbardziej charakterystycznym odczynem w tym okresie jest pleocytoza (37%), stosunek do innych odczynów wygląda: pleocytoza: Wa: globulina = 37 : 14 : 12,5

III. Odczyn globulinowy występuje najrzadziej — 12,5%. Jako odczyn izolowany jest najmniej charakterystyczny i musi być przyjmowany z pewnemi zastrzeżeniami.

IV. Odczyn Wassermanna w płynie w tym okresie występuje względnie rzadko (14%). Stosunek odczynu Wa do pleocytozy w przypadkach z płynem patologicznym ma się, jak 40 : 91. Napięcie odczynu Wa jest również naogół słabe.

V. Słaby odosobniony odczyn Wa w płynie przy silnym Wa w surowicy nie zawsze jest dowodem zakażenia układu nerwowego, lecz może być skutkiem przesączenia reagin z surowicy krwi do płynu.

VI. Płyn patologiczny częściej spotykamy przy wysypkach grudkowatych niż przy osutkach — 17 : 7.

Kiła II. Nawroty. (Okres wysypek nawrotowych).

Chorzy uwzględnieni w tabl. III i III a stanowią najliczniejszą w naszych badaniach grupę kiłowych wczesnych. Mamy tutaj przypadki, począwszy od 17-go tygodnia do końca 2-go roku po zakażeniu. Jest to okres nawrotów w życiu kiłowego. Dla sprawy nas tutaj obchodzącej okres ten jest bardzo ważny, ponieważ dzięki podobieństwu z objawami na skórze rzuca nam pewne światło na pochodzenie kiły nerwowej. W odróżnieniu od wysypki t. zw. pierwszej, która ma wszelkie cechy wysypki powstałej w drodze krwiobiegu, wykwity skórne okresu nawrotowego posiadają w ogromnej większości przypadków własności, które każą nam wykluczyć takąż drogę ich powstania: różna wielkość poszczególnych wykwitów, skąpa ich ilość a przedewszystkiem wyraźna skłonność do ogniskowania się w postaci różnorodnych figur (pierścienie, wianuszki, półkola, sierpy, girlandy etc.) wskazują na to, że są one wyrazem

Tablica III.

Ilość	Leczenie		Objawy na skórze i błonie śluz.		Krew Wa		Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wa		Non.-Ap.		Pandy		Pleocytoza		Ogólna ilość przyp. patol.
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
208	181	27	85	123	139	69	62	146	55	148 5 niebad.	55	146 7 niebad.	56	152	92=44,2%

Tablica III a

	1	2	3	4	5	6
Ilość	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa +	Krew Wa +	Krew Wa +
	Płyn —	Płyn +	Płyn ++	Płyn —	Płyn +	Płyn ++
208	46	9	12	72	17	52

miejscowych odczynów skóry tam, gdzie zarazek po pierwszej wysypce zdołał się jeszcze utrzymać. Nie da się zaprzeczyć, że i w tym okresie, a nawet i znacznie później, krętek blady może się znów dostać do obiegu krwi i rozsiać się tą drogą po skórze i innych tkankach ustroju. Są to jednak naogół przypadki rzadkie, a taki nawrót na skórze ma wówczas cechy wyżej wspomnianej wysypki hematogennej. W naszym materjale mieliśmy jeden taki przypadek. Regułą zaś, której przyczyna tkwi niezawodnie w biologicznych własnościach krętka bladego, jest fakt, że nawroty skórne zasadniczo mają cechy objawów miejscowych. Inaczej mówiąc: u ogromnej większości kiłowych rozsianie się zarazka w drodze krwiobiegu zdarza się tylko raz w życiu chorego, najprawdopodobniej w końcu okresu drugiego wylęgania (6—8 tygodni po zakażeniu) i cały dalszy przebieg kiły jest naturalnym wynikiem tego pierwotnego umiejscowienia się zarazka. Z tego założenia wychodząc, należy przyjąć, że i późniejsze objawy ze strony układu nerwowego są tylko skutkiem utrwalenia się zarazka w oponach mózgowo-rdzeniowych po ogólnem rozsianiu. W układzie nerwowym wchodzi jednak w grę jeszcze jeden czynnik, mianowicie: stałe wstrząśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego wywołane tętnieniem naczyń. Warunki anatomiczne (duża ilość wielkich naczyń) oraz charakterystyczne dla wczesnej kiły objawy kliniczne (*meningitis basalis luetica*) przemawiają zatem, że zarazek w okresie rozsiania najobficiej dostaje się do opon podstawy mózgu. Według Gennericha podstawa mózgu jest punktem wyjścia dalszego umiejsco-

wienia zarazka w układzie nerwowym: stąd dzięki stałym falistym wstrząśnieniom płynu zarazek wcześniej czy później zostaje wtórnie odrzucony w kierunku najdalszego obwodu. Schorzenie więc układu nerwowego zależałoby w pierwszej linji od tego, czy zarazek rzucony do opon mózgowo-rdzeniowych znajdzie tam warunki podatne do swego rozwoju, czy też nie. W pierwszym przypadku otrzymamy, jako wyraz zakażenia układu nerwowego, odczyn oponowy w postaci płynu patologigznego W przeciwnym razie zarazek, niezdolny do zaatakowania terenu, na który się dostał, prawdopodobnie wcześniej, czy później, ginie, pozostawiając płyn w stanie normalnym. Za takiem pojmowaniem sprawy przemawia doświadczenie, jakiegośmy nabyli u kiłowych z okresu 2 go roku po zakażeniu bez objawów nerwowych z normalnym płynem: płyn tych chorych, repunktowanych kilkakrotnie w różnych odstępach czasu, był niezależnie od dalszych nawrotów na skórze w przeważającej ilości razy stale normalny.

Inne natomiast jest pytanie, czy skóra i opony, do których zarazek dostaje się równocześnie, jednakowo szybko i w jednakowym stopniu oddziaływują na wtargnięcie zarazka. Gdyby odczyn skóry szedł równolegle z odczynem oponowym, należałoby oczekiwać najczęstszego występowania zmian patologicznych w płynie w okresie wysypki hematogennej. Tymczasem, jak się przekonamy poniżej, płyn najczęściej dopiero w okresie nawrotów skórnych daje nam te dowody zakażenia opon, jakich należałoby oczekiwać wcześniej.

Na 208 chorych, badanych w tym okresie, tylko 27-iu było zupełnie nieleczonych, pozostała część (181) przechodziła jedno, dwa lub trzy leczenia — naogół jednak tak niedokładne, że, jak nas przekonało badanie wpływu leczenia na płyn patologiczny, o wpływie leczniczym na stan płynu mowy tu być nie mogło. Dlatego też pomiędzy jedną a drugą grupą chorych nie dostrzegliśmy żadnej wybitnej różnicy w zachowaniu się płynu: leczeni mieli płyn normalny, albo też patologiczny, tak często, jak i nieleczeni.

Odczyn globulinowy, rozpatrywany pod tym samym kątem widzenia, co i w dwóch poprzednich okresach, wypadł: na 208 przypadków — 55 razy (26,4%), w tem 37 razy — wszystkie 3 odczyny, 3 razy tylko z pleocytozą, 13 razy tylko z Wa, 2 razy jako odczyn odosobniony.

W obu przypadkach ostatnich odczyn globulinowy, choć odosobniony, był swoisty. Są to przypadki następujące:

N 22 Szczep. Jan. Zakażenie: początek stycznia 1920 r., do września nieleczony. We wrześniu wskutek bólów głowy (krew Wa ++), chory otrzymał 4 Neosalw. + 6 Hg sal, poczem do końca stycznia pozostał bez kuracji. 27. I. 1921 r.: obie źrenice rozszerzone, nierówne; prawa szersza, elipsoidalna, lewa węższa, okrągła; oddziaływanie na światło +. Oczopląs poziomy i pionowy. Krew Wa i Meinicke —. Tegoż dnia płyn: Wa 0,25 — Nonne-Ap. dodatni (++), Pandy nie badany, pleocytoza —. Po leczeniu energicznem do 17 III. (4,5 gr. Ns. + 0,5 cal.), krew Wa —, płyn normalny. Źrenice status quo ante.

Przypadek ten miał w płynie odczyn globulinowy swoisty, za czem przemawiają objawy ze strony układu nerwowego (źrenice!). Jest on jednocześnie pouczający z tego względu, że widzimy tu dalsze trwanie objawów organicznych nerwowych pomimo oczyszczenia się płynu. Gdybyśmy taki przypadek badali po raz pierwszy zaraz po leczeniu, doszlibyśmy do fałszywego wniosku, że płyn może być normalny, mimo organicznych zmian swoistych w układzie nerwowym. Wszystkie przypadki ze zmianami organicznemi (oponowemi) w układzie nerwowym na tle kiły mają swoje patologiczne odbicie w płynie, zależeć to tylko będzie od czasu, w którym je badamy, czy uda nam się jeszcze znaleźć w płynie wszystkie odczyny, względnie ich ślady, czy też płyn, w danej chwili badany, nie wykaże zmian patologicznych. Pomijając narazie jeszcze inne możliwe przyczyny, które postaramy się uzasadnić bliżej na odnośnym materjale we wspólnej pracy z kolegą S t a r z y ń s k i m, zaznaczyć tu mi tylko wypada, że odosobniony odczyn Non. Ap. w powyższym przypadku należy uważać za *„residuum“* płynu patologicznego, bo u chorych ze zmianami klinicznemi w układzie nerwowym tego i następnego okresu odczyn globulinowy zdaje się utrzymywać najdłużej i jest najbardziej uporczywy.

Również jako *„residuum“* uważać należy odosobniony odczyn Non.-Apelt i w drugim przypadku, jak to dosadnie wypada z zachowania się płynu przed, podczas i po leczeniu.

N 114. W. M. zakażenie w końcu grudnia 1920 r. I kuracja: 3 Ns. + 6 Hg; II kur. 7 Hg. 17/V. 1921 r.: Guzki rozsiane, krew Wa i M ++++, płyn; Wa 0,25 — Non.-Ap. ++, Pandy minimalne ślady, pleocytoza —. Chory otrzymał w przeciągu czasu od 19. V. do 30. V.: 2 Neosalv. a 0,3+2 Hg. sal. a 0,05, poczem badanie krwi i repunkcja wykazały: krew Wa i M. ++++, płyn Wa, 0,25+NAp. i P++. Do 21/VII otrzymał 5 gramów NS poczem krew Wa i M —, płyn normalny.

Mamy tu przykład prowokacyjnego działania leczenia niedostatecznego, które nam wskazuje na to, że w danym przypadku (przy pierwszem nakłóciu) izolowany odczyn Non.-Ap. należy uważać za residuum patologicznego płynu, w którym pozostałe odczyny (pod wpływem czasu) przejściowo ustąpiły. Energicznie trwające leczenie oczyściło płyn, jednak, jak to pokażemy na innem miejscu, w takich razach w większości przypadków płyn ma skłonności do nawrotów.

Jeżeli uwzględnimy, że na 208 przypadków tego okresu ogólna ilość przypadków z płynem patologicznym wynosi 92, tj. 44,2%, a ogólna ilość odczynów globulinowych zupełnie pewnych 55 (26,5%), to zwraca naszą uwagę stosunkowo częste występowanie odczynu globulinowego w tym okresie w odróżnieniu od okresu poprzedniego, gdzie odczyn globulinowy był swoisty tylko w 12,5%. Z tego wynika, że odczyn globulinowy wymaga prawdopodobnie dłuższego czasu po zakażeniu, aby się okazać w płynie, tj. występuje później, niż pleocytoza. Jednocześnie zaś ta okoliczność, że odczyn globulinowy występuje tutaj tak często w całym komplecie (mniej więcej w $^2/_3$ przypadków — 37 razy na 55) i że we wszystkich 16-tu przypadkach z klinicznemi objawami nerwowemi był obecny, zmusza nas do oceniania go w tym okresie choroby, jako reakcji wiele nam mówiącej pod względem rozpoznawczym.

O ile przytem uwzględnimy możliwość, że nieraz brak odczynu globulinowzgo w płynie u chorych tego okresu może być skutkiem tylko przejściowego znikania tego odczynu pod wpływem czasu ($1^3/_4$ roku!), częstość jego przewyższy przytoczoną przez nas liczbę.

Odczyn komórkowy (pleocytoza) wystąpił tutaj na 208 przypadków 56 razy tj. 27%, w tem było: pleocytoza odosobniona 9 razy, pleoc. + glob. + Wa 37 razy, pleoc. + glob. 3 razy, pleoc. + Wa 7 razy.

Co się tyczy częstości występowania tego odczynu w porównaniu z odczynem globulinowym, to nie widzimy tutaj różnicy: obydwa odczyny występują prawie jednakowo często (26,5 : 27), przyczem dla tych samych względów, co i przy odczynie globulinowym liczbę tę musimy uważać za granicę dolną.

Pomimo to, że obydwa te odczyny w okresie nawrotowym kiły pod względem częstości stoją na jednakowym poziomie, uderzającą jest jednak różnica, jaką widzimy tutaj w stosunku do okresu poprzedniego. O ile odczyn globulinowy w tym okresie jest bardzo charakterystyczny, o tyle pleocytoza — przeciwnie — nie odgrywa tutaj tej dominującej roli, jaką posiada w okresie wysypek hematogennych, ponieważ występuje ona tutaj rzadziej, niż tam, a przedewszystkiem znacznie rzadziej w postaci odczynu izolowanego, co zdaje się przemawiać za tem, że chronologicznie pleocytoza występuje wcześniej, niż odczyn globulinowy. Stosunek ten wygląda:

pleocyt. przy kile II nawrot.: pleocyt. przy kile II sept. = 27% : 37%.

pleocyt odosobniona przy kile II nawrot.: pleocyt. odosobniona przy kile II sept. = 16% : 60%.

Z tego wypada, że odczyn globulinowy jest tak charakterystyczny dla okresu nawrotowego kiły, jak odczyn komórkowy dla okresu wysypek pochodzących z krwi.

Odczyn Wa na 208 przypadków tego okresu był 62 razy = 30% dodatni, przyczem uwzględnione tutaj były

tylko przypadki, w których swoistość tego odczynu w płynie nie ulegała wątpliwości (patrz wyżej).

Odczyn Wa był 43 razy dodatni przy 0,15, 19 razy dodatni przy 0,25, w przeszło więc $^{2}/_{3}$ przypadków był bardzo silny. W tym okresie w porównaniu z poprzednim odczyn Wa wystąpił w płynie 2 razy częściej (30 : 14) i w natężeniu znacznie silniejszem, niż w okresie poprzednim, gdzie wybitnie silny Wa w płynie należał do rzadkości.

Na 43 przypadków z Wa dodatnim przy 0,15 płynu mieliśmy 31 razy wszystkie 3 odczyny, 7 razy odczyn Wa obok pleocytozy, 3 razy odczyn Wa obok odczynu globulinowego, 2 razy odczyn Wa jako odosobniony.

Dla zobrazowania znaczenia, jakie posiada odosobniony silny odczyn Wa w płynie chorych tego okresu przytaczam 2 przypadki.

N 56 M. St. W końcu września 1920 r. chory przedstawiony był przezemnie na posiedzeniu naukowem lekarzy wojskowych z owrzodzeniem w wewnętrznym kącie lewego oka, w którem rozpoznałem „*chancre céphalique*". Zakażenie nastąpiło prawdopodobnie w połowie września. W listopadzie liszaj kiłowy. Krew Wa i M. ++++. Płyn nie badany. Chory otrzymuje w przeciągu 5 tyg. 3 gr. Ns. + 0,25 cal. 10. II. 1921 r. tj. 6 tyg. po ukończonem leczeniu chory bez objawów zewnętrznych zjawia się celem powtórzenia leczenia. Krew Wa i M. ++++, płyn Wa 0,15 ++++, Non.-Ap. i Pandy —, pleocyt. —. Chory otrzymuje w przeciągu 6 tygodni 4,5 gr. Neosalv. + 0,25 calomelu. 25. III. 1921: krew Wa i M. +, płyn Wa 0,25 —, Non.-Ap. +, Pandy + (!) pleocyt. —. 5. IV. czyli 10 dni po wzięciu płynu i skończonem leczeniu chory znów się zjawia do szpitala ze skargą na dwojenie. Rozpoznanie: paresis m. recti interni. Dalsze leczenie neosalwarsanowe (2,4 gr.). Po dwóch dawkach a 0,6 Ns.. chory widzi normalnie. 12. V. krew Wa + M. —, płyn Wa 0,25 — Non.-Ap. — Pandy minimalne ślady, pleocytoza —. Kontrola krwi i płynu 17. VII. 1921: krew Wa i M —, płyn normalny we wszystkich odczynach. 20. IX. krew Wa i M —, płyn normalny.

W przypadku tym odosobniony odczyn Wa w płynie 6 tygodni po leczeniu należy zrozumieć jako pozostałość wszystkich 3-ch odczynów, na co wskazuje fakt, że brakujący przy pierwszem nakłóciu odczyn globulinowy pomimo energicznego leczenia zjawia się zaraz po skończonem leczeniu i wkrótce potem chory dostaje porażenia mięśni ocznych.

N 34 B. Fr. Zakażenie w październiku 1920. Otrzymał 3 Ns. + 8 Hg. 7. III. 1921 r. kłykciny, plaques. Krew Wa i M++++, płyn Wa 0,15 ++++. Non.-Ap. — Pandy +, pleocyt ++. 18. IV. 1921 r. tuż po skończonem leczeniu (3 gr. Ns. + 0,25 calom.) krew Wa ++, płyn Wa 0,25 —, Non.-Ap. + Pandy +, pleocyt. +. 24. V. tj. 5 tygodni po leczeniu: krew Wa i M —, płyn Wa 0,25 ++++ (!) N-Ap. —, Pandy, pleocyt. —. 21. VII. po energicznem leczeniu (6 gr. Ns.!) krew Wa i M —, płyn we wszystkich odczynach normalny.

Tutaj w sposób niezmiernie charakterystyczny „okresowo" występowały wszystkie odczyny płynu; izolowany silny odczyn Wa dnia 24. V. uważać należy za recydywę w 6-tym tygodniu po niedostatecznem leczeniu.

Również i w tych pozostałych przypadkach, gdzie przy silnym odczynie Wa w płynie brakowało odczynu globulinowego lub pleocytozy, prawie zawsze mogliśmy się przekonać, że te przypadki albo były badane bezpośrednio po skończonej energicznej kuracji, gdzie leczenie czasowo usuwało część patologicznych odczynów, albo brakujące odczyny występowały jako nawroty po kilkutygodniowej przerwie leczenia, lub też jako utajone wyłaniały się w toku rozpoczętego leczenia.

Dlatego też należy przypuszczać, że przypadki z silnym Wa w płynie bez względu na to, czy odczyn ten występuje jako odosobniony, czy też obok jednego z pozostałych odczynów, mają swoją fazę, kiedy wszystkie 3 odczyny są dodatnie. Płyn, zakażony już w okresie rozsiania zarazka, dopiero po upływie pewnego czasu występuje w całej pełni swych patologicznych odczynów, zarazek więc kiłowy, dostawszy się do opon mózgowo-rdzeniowych, wymaga dłuższego czasu, niż to ma miejsce przy zakażeniu skóry, aby móc rozwinąć swoje głębsze destrukcyjne działanie. Świadczy to tylko o tem, że tkanka nerwowa wolniej i leniwiej reaguje na obecność w niej zarazka niż skóra, że jest to stosunkowo bardziej odporny teren dla zarazka kiłowego. Przyjmując powyższe pod uwagę, możemy sobie wytłómaczyć, dlaczego we wczesnych okresach kiły spotykamy płyn wybitnie patologiczny mimo braku klinicznych objawów ze strony układu nerwowego.

Badając stosunek odczynu Wa we krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego, zauważymy (tabl. III a), że w tym okresie, jak i w poprzednim, w większości przypadków płyn patologiczny znajdujemy tam, gdzie odczyn Wa we krwi jest dodatni. W odróżnieniu jednak od okresu septycznego kiły, gdzie płyn patologiczny przy ujemnym Wa we krwi należał do rzadkości, tutaj zjawisko to spotykamy stosunkowo często. W rubrykach 2 i 3 tabl. III a widzimy 9 przyp. z pleocytozą, względnie z odczynem globulinowym, 12 przypadków z dodatnim odczynem Wa przy ujemnym Wa w surowicy. Bliższe jednak rozpatrzenie tych przypadków pokazało nam, że ujemny odczyn Wa jest tutaj tylko czasową fazą ujemną w surowicy, którą uchwyciliśmy, badając krew i płyn bezpośrednio po energicznem leczeniu, względnie po pewnej przerwie, gdzie leczenie zdołało usunąć na dłuższy czas dodatni odczyn Wa w surowicy, pozostawiając nietkniętemi wszystkie lub część odczynów patologicznych, płynu. W tym bowiem jeszcze stosunkowo wczesnym okresie kiły, dającym z reguły co pewien czas nawroty, trudno jest przypuścić, aby ujemny odczyn Wa w surowicy, nawet wielokrotnie stwierdzany, był dowodem wyjałowienia ustroju. W takich razach kontrola surowicy w trakcie rozpoczętego leczenia nieraz nas przekonywała, że jest to tylko faza ujemna, podlegająca wahaniom cyklicznym. W tych jednak przypadkach z rubryki 3 z ciężkiemi zmianami płynu, gdzie płyn zachowuje się odpornie względem leczenia i wykazuje wyraźną skłonność do nawrotów przy stałym ujemnym odczynie Wa surowicy, należy przyjąć, że głównem siedliskiem zakażenia jest układ nerwowy i musimy je już w tym okresie uważać jako pod względem rokowniczym za conajmniej niepewne. W każdym bądź razie przypadki, umieszczone w rubrykach 2—3 tabl. III a, wskazują nam na to, że odczyn Wa w surowicy nie mówi nam nic o tem, w jakim stosunku układ nerwowy w danym przypadku znajduje się do syfilizacji ustroju.

Jedyną drogą, która nam ten stosunek może wyświetlić, jest kontrola płynu mózgowo-rdzeniowego. Dlatego też w każdym przypadku kiły badanie płynu mózgowo-rdzeniowego musi być wykonane niezależnie od stanu surowicy.

Wyniki badań płynu otrzymane przez nas w tym okresie choroby w porównaniu z okresem septycznym i, jak niżej zobaczymy, okresem wczesnego utajenia, wskazują nam na to, że okres wysypek nawrotowych jest najodpowiedniejszym dla wykonania pierwszego nakłócia. To nakłócie, jak to uzasadnimy na innem miejscu, należy wykonać w ciągu 2-go roku po zakażeniu w trakcie rozpoczętego leczenia, lub 6—8 tygodni po skończonem leczeniu. W tym czasie najłatwiej jest uchwycić wszystkie patologiczne odczyny płynu, które przy zastosowaniu odpowiednio energicznej kuracji dają się jeszcze stosunkowo łatwo usunąć. (D. n.)

Z praktyki.

Dr. Fr. Chomicki, asystent Klin. chir. Uniw. J. K. Lwów.

O myciu rąk w mieszkaniu chorego.

Aseptyczne mycie rąk w prywatnem mieszkaniu chorego jest bardzo utrudnione. Zwyczajnie stosowane mycie, w miednicach najczęściej niedobrze wyjałowionych, wodą często nieprzegotowaną, nie odpowiada zupełnie dzisiejszym naszym wiadomościom o aseptyce. Wypalanie miednic, jak wykazały ostatnie badania (Brunner), nie czyni ich zupełnie jałowemi. Używanie do polewania dzbanków zawierających nawet dobrze przegotowaną wodę, także ma swe błędy, bo woda spływająca spłukuje dziób dzbanka, który nie był wygotowany. Podobnie lub jeszcze gorzej jest wówczas, gdy do polewania używa się garnków.

Również mydło, którem się myjemy, ma zasadnicze znaczenie. Kawałek mydła, leżący zwyczajnie na brudnej tacy, i używany przez wielu domowników, nie powinien służyć lekarzowi, a tak niestety często się dzieje.

Ponieważ sprawa aseptycznego mycia rąk w prywatnem mieszkaniu chorego jest dla lekarza praktyka, szczególnie chirurga i położnika na prowincji, pierwszorzędnego znaczenia, chcę zwrócić uwagę, że w każdym prawie domu możemy mieć umywalnię z jałową płynącą wodą, improwizowaną bez żadnych specjalnych nakładów.

W przeddzień zapowiedzianej operacji lub spodziewanego porodu polecamy w baniaku (używanym zwyczajnie przy praniu bielizny) zagotować wodę, z niewielkim dodatkiem sody, osobno zaś wygotować płachtę, którąby można baniak przykryć. Następnie polecamy ten słaby ług sodowy wylać, baniak napełnić znowu czystą wodą, osłonić go i owiązać tą jałową płachtą a po zawrzeniu gotować przez $^1/_2$ godziny. Tak przygotowaną wodę, należy odstawić, i po ewentualnem podgrzaniu w odpowiedniej chwili, ustawić na pod wyższeniu, (np. stole) w ubikacji, sąsiadującej z przyszłą salą operacyjną.

Przed przystąpieniem do mycia, odsuwamy na nieznacznej przestrzeni płachtę i przez małą szparę zanurzamy w wodzie, wygotowany dren gumowy, długości około 1 $^1/_2$ m., trzymając go lekko za koniec. Gdy cały prawie dren wodą się napełni, zaciskamy go na końcu i częściowo wyciągamy, tak by powstał lewar. Pomocnik przez cały czas mycia dren trzyma uciśnięty, a zwalnia go dla przepływu wody tylko na życzenie myjącego się. Tym sposobem możemy mieć łatwo wodę ciepłą, jałową i bieżącą, t. j. odpowiadającą wszelkim wymaganiom.

Spirytusowe mydło płynne, nawet gdy go nie można nabyć w aptece, możemy mieć zawsze także z łatwością. W tym celu polecamy rozgotować, często mieszając, drobno pokrajany kawałek zwykłego sodowego mydła, długości i szerokości mniejwięcej 4 palców poprzecznych, a wysokości 1 palca (ca 80 g) w 1 szklance wody (tj. 200 g). Po rozgotowaniu i odstawieniu mydła z ognia dodaje się $^1/_2$ szklanki spirytusu, można nawet denaturowanego. Mieszaninę zlewa się do flaszki, i z niej polewa szczoteczki przy myciu. Gdyby po dłuższem staniu mydło stężało, wystarczy wstawić flaszkę na parę minut do ciepłej wody, a znowu będzie płynne.

Zapiski lecznicze.

Novatropina jest pozbawiona własności wywoływania objawów ubocznych, właściwych atropinie. Dawki: 2,5 do 5 mlgr. na raz, do 12,5 mlgr. na dobę — podskórnie, dożylnie lub wewnętrznie. Szczególną wartość ma nowatropina przy ciągłej niemiarowości (*arythmia perpetua*); przy tem cierpieniu układy, wywołujące i przewodzące podrażnienie w mięśniu sercowym, są szczególnie wrażliwe na te własności naparstnicy, które drażnią nerw błędny; dla tego naparstnica w takiem sercu łatwo powoduje przerwanie przewodzenia z przedsionka do komory. Współczesne podawanie nowatropiny wyklucza to niebezpieczeństwo przez obniżenie pobudliwości nerwu błędnego. Dobre wyniki po nowatropinie widziano też przy potach nocnych suchotników i przy dusznicy oskrzelowej. (Wien. m. W. Nr. 1. 1922).

Novalginum (Höchst) ma być wyśmienitym środkiem przeciwgorączkowym, przeciwgośćcowym i przeciwneuralgicznym. Dawki: do wewnątrz 6 do 10 razy po 10 do 20 cg. lub trzy razy po 0,5 gr.; domięśniowo (50% roztwór) 25 cg. do 2 gr. dziennie. Najpewniej działa stosowana dożylnie, w dawce 25 cg. do 1 gr. na dobę. Nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. (D. m. Woch. Nr. 3. 1922.).

Naparstnica działa zupełnie skutecznie, jeśli ją zastosujemy przez odbytnicę. Ponieważ *vena haemorrhoidalis inferior* wpada bezpośrednio (z pominięciem żyły wrotnej i krążenia wątrobowego) do żyły próżnej, należy wprowadzać np. 1 ccm digipurati w 10 ccm wody do odbytnicy przez maleńką strzykawkę (2 do 3 razy dziennie). (Klin. Woch. Nr 2. 1922.).

Stosowanie dosercowe adrenaliny, którego działanie niewątpliwie ratujące życie opisano już w dwudziestu przypadkach, stosuje się wtedy, gdy nagle została przerwana działalność serca lub oddechu i gdy więcej niż trzy do pięciu minut trwa taki stan. Zastrzykuje się 1 ccm roztworu 1‰ w czwarte międzyżebrze lewe, tuż przy brzegu mostka. Po przebiciu warstwy mięśniowej skóry (około 2 cm grubej) wyczuwamy opór ze strony mięśnia sercowego, wtedy kierujemy igłę ku środkowej linji ciała i posuwamy się aż do ukazania się w strzykawce krwi. Wtedy wprowadzamy powoli adrenalinę do komory, lub do mięśnia sercowego. (D. m. Woch. 49. 1921.).

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego.

Ciąg dalszy.

Przy jaskrze prostej najprzód występuje zapalenie tarczy n. wzrokowego, a dopiero następnie zagłębienie i zanik tarczy. J a e g e r, M a u t h n e r, S c h m i d t, R i m p l e r zgodnie utrzymują, że zapalenie tarczy nerwu wzrokowego stale występuje w początkowym okresie jaskry prostej. W monografji o jaskrze podaje S c h m i d t - R i m p l e r [1]), że tam, gdzie widzenie naośne i obwodowe było jeszcze zupełnie prawidłowe, chociaż widzenie kół tęczowych koło promienia trwało już od roku, znajdował stan zapalny na tarczy nerwu wzrokowego. Potwierdza B i t z o s [2]), że w okresie powstawania jaskry prostej zawsze spostrzegać się daje stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego.

Powstaje więc pytanie, jakie przyczyny mogą sprowadzać ów stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego wobec braku wszelkich oznak nietylko zapalenia, ale wogóle stanu chorobowego w oku w jaskrze prostej (*gl. simplex*).

Wspominaliśmy, że G r a e f e jakiś czas wcale nie chciał uważać jaskry prostej za jaskrę, ale za *amaurosis cum excavatione nervi optici*. Do myśli, że jaskra prosta nie jest jaskrą, znowu powrócił S c h n a b e l [3]); utrzymuje on, że zapalenie tarczy nerwu wzrokowego nie jest zjawiskiem pochodnem, ale pierwotnem, mianowicie, że jest to swoisty rodzaj zapalenia tarczy nerwu wzrokowego — zapalenie jamiste, *papillitis cavernosa*.

Jako dowód przytacza S c h n a b e l spostrzegany przez siebie przypadek 67-letniego chorego, cierpiącego od lat sześciu na osłabienie wzroku, u którego jeszcze i przed śmiercią widzenie naośne było W=0,5. Jego pole widzenia było nieco zwężone, odczyn tęczówki na światło zachowany; ośrodki załamania przezierne. Ciśnienie w gałce niekiedy wzmożone samo przez się, częściej bywało wzmożone po zakropleniu atropiny. Tarcza nerwu wzrokowego prawie całkowicie zagłębiona.

Badanie pośmiertne wykazało, że pomimo prawie całkowitego zagłębienia tarczy sitówka pozostawała w stanie prawidłowym i wcale nie była wygięta w kierunku czaszki. Zanik nerwu wzrokowego można było widzieć aż do skrzyżowania nerwów wzrokowych. Kąt przesącza bez zmian chorobowych. Wodogłowie i zanik mózgowia. S c h m i d t - R i m p l e r, omawiając w swej monografji jaskry przypadek S c h n a b l a, nie zgadza się na to, że był to przypadek jaskry, głównie ze względu na prawidłowe ustawienie sitówki. Jest to jeden z tych wątpliwych przypadków jaskry, w których rozpoznania nawet tak wybitnych znawców jak S c h m i d t - R i m p l e r i S c h n a b e l wahają się przy odróżnieniu zagłębienia jaskrowego od zwykłego zaniku tarczy.

W razie wrodzonej jamistości nerwu wzrokowego prąd limfy, mając szerokie ujścia, nie wywiera ucisku na tarczę i na sitówkę; a obecność kawern nie tylko nie prowadzi do powstawania jaskry, ale i nie zakłóca czynności siatkówki i nerwu wzrokowego.

Niekiedy znowu są nietylko jamy, ale jest i wygięcie sitówki (*lamina cribrosa*) w kierunku czaszki, a jednak niema zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego.

Taki właśnie przypadek opisał S c h m i d t - R i m p l e r [4]). Na cięciu podłużnem przez tarczę i nerw wzrokowy znalazł on duże jamy i sitówkę wygiętą w kierunku jamy czaszki, ale zagłębienia tarczy nie było. Tu ujście dla prądu limfy naokoło naczyń na tarczy było wystarczające, ale po przejściu poza tarczę prąd limfy trafił na opór w sitówce i wygiął ją. F l e i s c h e r podaje, że w jednym przypadku były

[1]) S c h m i d t - R i m p l e r, Glaukom. Graefe-Saemisch 2 te Aufl. str. 24.
[2]) B i t z o s Le glaucome et la papillite glaucomateuse. Arch. dpocul. C. XIII str. 92.
[3]) S c h n a b e l. Das glaukomatöse Sehnervenleiden. Archiv. f. Augh. XXIV. 4, str. 273—1892.
[4]) S h m i d t - R i m p l e r. l. c. str. 100.

głębokie jamy nie tylko w oku jaskrowem, ale i w drugiem zdrowem; jamy te były i przed i poza sitówką. Fleischer podaje ten przypadek jako dowód niezależności zagłębienia tarczy od ciśnienia w gałce oka, ale jest to tylko dowód, że gdzie są wolne ujścia dla prądu limfy, tam niema wzmożonego ciśnienia w gałce bez względu na to, czy są jamy czy ich niema.

Chcąc zrozumieć powstawanie zapalenia tarczy nerwu wzrokowego w jaskrze prostej, należy uwzględnić, że każde zachwianie równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej a ciśnieniem w czaszce odbija się przedewszystkiem na tarczy nerwu wzrokowego i sprowadza stan zapalny. W zależności od tego, po której stronie jest większe ciśnienie, będziemy mieli zapalenie tarczy jaskrowe lub tarczę zastoinową.

Że istnieje oddziaływanie ciśnienia w gałce ocznej na ciśnienie w czaszce, dowiódł Knoll[5]) jeszcze w roku 1886. Odwrotnie przy wstrzykiwaniu roztworu soli kuchennej pod oponę twardą królika spostrzegamy natychmiastowe wypuklanie się dna w zagłębieniu fizjologicznem tarczy (Leber[6]).

Dłuższy czas trwający lub często powtarzający się nacisk na tarczę nerwu wzrokowego sprowadza najprzód przekrwienie i stan zapalny tarczy, a następnie zagłębienie tarczy i zanik nerwu wzrokowego.

Już uprzednio była wykazana konieczność podziału wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej na bezwzględne i względne. Bezwzględnie wzmożone znajdujemy w jaskrze ostrej i przewlekłej, względne w jaskrze prostej. Nie znaczy to oczywiście, żeby względnie wzmożone ciśnienie w gałce ocznej, spowodowane obniżeniem ciśnienia w czaszce, nie było jednak czynnikiem mogącym sprowadzić napad jaskry ostrej, ale świadczy o tem, że obniżenie ciśnienia w czaszce jest jedyną przyczyną względnego wzmożenia ciśnienia w gałce ocznej. Stałe, chociażby i nieznaczne, obniżenie ciśnienia w czaszce sprowadza jaskrę prostą, nagłe obniżenie ciśnienia w czaszce może sprowadzić napad jaskry ostrej. Jaskra ostra i przewlekła zwykle nazywa się jaskrą zapalną, jednak miano »jaskra zapalna« nie może być uważane za ogólnie przyjęte. Wecker nazywa jaskrę ostrą i przewlekłą *»glaucome irritatif«*, a Hensen-Grut[7]) *»glaucome congestif«*.

Słusznie też utrzymuje Heerfordt[8]), że niewłaściwie jest mówić o zapaleniu tam, gdzie jedna kropla atropiny, wstrzyknięta do worka spojówki, sprowadza niekiedy natychmiast ostry napad jaskry.

Może najwłaściwszem mianem dla jaskry ostrej i przewlekłej byłoby »jaskra zastoinowa« lub »jaskra obrzękowa«. Obrzęk jest znamienną cechą jaskry ostrej i przewlekłej, cechą wyróżniającą tę postać jaskry od jaskry prostej. Obrzęk powiek, obrzęk spojówki, rogówki i tęczówki. Obrzęk sprowadza zmętnienie cieczy wodnistej w komórce przedniej i zmętnienie szklistki.

Obrzękiem tłómaczy się i wszystkie inne objawy jaskry ostrej: płytkość komórki przedniej, rozszerzenie źrenicy, brak odczynu na światło; obrzękiem tłómaczy się i samo wzmożone ciśnienie w gałce, które sprowadza gwałtowne bóle w czole, w skroniach, w zębach, upadek widzenia naośnego i obwodowego. Obrzękłe ciałko rzęskowe zamyka szczelnie kąt przesącza i uniemożliwia odpływ cieczy wodnistej.

Gdy w jaskrze prostej zawsze znajdujemy głębokie zagłębienie tarczy, w jaskrze ostrej podczas pierwszego napadu nie bywa zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego. Jeszcze bardziej uderzające są przypadki, gdzie w jaskrze przewlekłej, a nawet w jaskrze dokonanej (*gl. absolutum*), niekiedy nie znajdujemy zagłębienia tarczy. Dało to nawet powód Schmidt-Rimpler'owi do podania w wątpliwość znaczenia zagłębienia tarczy dla utraty wzroku. Schmidt-Rimpler przytacza przypadek Rydla[9]), o którym wspominaliśmy wyżej, w którym pomimo zupełnej utraty wzroku po przebytym napadzie jaskry ostrej nie było jednak zagłębienia tarczy. Nie było zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego i w przypadku jaskry dokonanej (*gl. absolutum*), podanym przez Noiszewskiego.

Przypadki te dowodzą, że obrzęk i ucisk na siatkówkę wystarczają najzupełniej do zniszczenia jej utkania; ale brak zagłębienia tarczy nie może być inaczej wytłómaczony jak tylko tem, że ciśnienie na tarczę w gałce było tu zrównoważone ciśnieniem na tarczę od strony czaszki. Oczywiście bowiem, jeżeli ciśnienie w czaszce jest większe, a chociażby równe ciśnieniu w oku, dotkniętem jaskrą, zagłębienie tarczy powstać nie może. W napadzie jaskry chorzy uskarżają się na zamglenie wzroku, na widzenie kul ognistych, iskier, plam barwnych, co oczywiście dowodzi nagłego podrażnienia siatkówki.

Jest rzeczą niezmiernie zajmującą porównanie tych objawów napadu jaskry z temi, które występują u osób zupełnie zresztą zdrowych podczas nagłego przygnębiającego wzruszenia. Nagłe zamglenie wzroku, widzenie kul ognistych, plam barwnych przed oczami jest zjawiskiem bardzo częstem u wielu osób przy niespodziewanym urazie psychicznym n. p. nagła wiadomość o chorobie lub śmierci ukochanej osoby, wiadomość o ruinie majątkowej, zdradzie. Objawy te tłómaczę się nagłem obniżeniem ciśnienia w czaszce. Zachwiać równowagę między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce może jedna kropla atropiny wstrzyknięta do worka spojówki; jest to ta ostatnia kropla, która przelewa napełnioną szklankę. Bo nie w każdem oku kropla atropiny wywoła ostry napad jaskry, a tylko w oku już do jaskry usposobionem.

W przeciwieństwie do jaskry prostej, gdzie przyczyna jaskry znajduje się poza gałką, mianowicie w obniżonem ciśnieniu w czaszce, przyczyna jaskry zastoinowej ostrej i przewlekłej tak samo jak i jaskry wtórnej znajduje się w samej gałce oka. Błona naczyniowa oka stanowi podobieństwo do błony naczyniowej w czaszce, a wypustki ciałka rzęskowego w gałce ocznej stanowią podobieństwo do splotów naczyniowych w mózgu (Noiszewski[10]). Jak ciecz mózgowo-rdzeniowa jest wydzieliną tych splotów, tak ciecz wewnątrzgałkowa w tylnym i przednim odcinku gałki ocznej jest wydzieliną naczyniówki i splotu naczyniowego ocznego, czyli t. zw. wypustek rzęskowych. Wypustki rzęskowe, według Nicati, są narządem [11]) gruczołowym; tego samego zdania jest i Treuscher-Collins, który je nazywa *»The glands in the ciliary body in the human eye«*.

Podobnie i sploty naczyniowe mózgu uważane są jako narząd gruczołowy. Tak według Cathelin'a[12]) są one gruczołami naczyniowemi. Zresztą już Luschka widział w splotach naczyniówki wczaszku narządy, wydzielające ciecz mózgowo-rdzeniową.

Oczywiście, że czynność wydzielnicza tych gruczołów może być w jednym przypadku prawidłowa, w drugim wzmożona lub obniżona. Obniżona czynność wydzielnicza zmniejsza, wzmożona powiększa ilość cieczy mózgowo-rdzeniowej, sprowadzając obniżenie lub wzmożenie ciśnienia w czaszce.

Nerwy współczulne czyli naczyniowe z jednej strony znajdują się w najbliższym związku ze wzruszeniami, z drugiej zaś wywierają wpływ stanowczy na czynność wydzielniczą tych splotów.

Tarcza zastoinowa jest jedną z głównych oznak obecności guza w czaszce (*encephalon*); są jednak przypadki, gdzie nietylko tarcza zastoinowa, ale i wszystkie inne oznaki guza ustępowały bez śladu, żeby po przejściu kilku tygodni, miesięcy, nawet lat powrócić na nowo. To właśnie dało powód do ustalenia nowej jednostki chorobowej wrzekomego guza (*pseudotumor encephali*).

[5]) Knoll. Ueber die Druckschwankungen in Cerebro-spinalflüssigkeit u. s. w. Sitzungsberichte d. Wien. Akad. d. Wissensch. Mathem. natur. Kl. XCIII 3. 1886. 217—248 Przyt. wedł. Leber. c. str. 483.

[6]) Leber l. c. str. 486.

[7]) Hensen-Grut. Przyt. wedł. Schmidt-Rimplera. Glaukom. Graefe-Saemisch 2-te Auflage.

[8]) Heerfordt F. Ueber Glaukom. v. Graefe — Archiv. f. Ophthalm. LXXVIII Bd. Zeszyt 3.

[9]) Rydel. Ein Beitrag zur Lehre vom Glaukom. Arch. f. Ophth. XVIII. 1. 5. — 17.

[10]) Noiszewski. Plexus chorioideae encephali et plexus chorioideus ophthalmicus. Wiest Oftal. N. 9 r. 1914.

[11]) Nicati. La glande de l'humeur aqueuse Arch. d'Ophthalmologie X, p. 481, XI p. 24.

[12]) Cathelin. La circulation de liquide cephalorachidien. Paris 1912.

Zwykle nadmierne nagromadzenie się cieczy mózgowo-rdzeniowej w jamie czaszki jest następstwem sprawy zapalnej w odnodze naczyniowej śródmózgowia i splotu naczyniowego, ale w wielu przypadkach wodogłowia nabytego badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian chorobowych w jamie czaszki, a tylko nadmierną ilość cieczy mózgowo-rdzeniowej. Otóż w tych przypadkach nadmierne nagromadzenie się cieczy mózgowo-rdzeniowej sprowadza się do nadmiernej czynności wydzielniczej gruczołów naczyniowych mózgu. Istnieje uderzające podobieństwo między wzmożonem ciśnieniem w gałce oka w czasie ostrego napadu jaskry, a wzmożonem ciśnieniem w czaszce przy wrzekomym guzie mózgowia.

Przytem obraz kliniczny wrzekomego guza w czaszce jest tak podobny do napadu jaskry ostrej, że guz taki mógłby być uważany jako jaskra w czaszce (*glaucoma encephali*).

Jaskra pierwotna ostra i przewlekła, jako zastoinowa, bardziej jest zbliżona do jaskry prostej, niż do jaskry wtórnej — zapalnej. Wspólną cechą zarówno jaskry pierwotnej zastoinowej, jak i jaskry prostej, jest to, że przyczyną ich powstania nie jest zapalenie, które znowu jest cechą znamienną dla jaskry wtórnej. Zdawałoby się, że brak zastoiny odróżnia jaskrę prostą od jaskry ostrej i jaskry przewlekłej, a jednak nie jest to słuszne, bo, chociaż mało nasilone, istnieją jednak objawy zastoinowe i w jaskrze prostej. Objawami temi są: widzenie kół tęczowych naokoło płomienia i mgła przed okiem, przekrwienie a nawet obrzęk tarczy w pierwszym okresie jaskry prostej. Przyczyną tych objawów jest prąd wsteczny cieczy chłonnej w jaskrze prostej z naczyń spojówki do rogówki. Jeżeli później występują objawy zapalenia tarczy i zaniku, to są one nie przyczyną jaskry, lecz jej następstwem. Nie zapalenie sprowadza tu jaskrę, lecz jaskra zapalenie. Przeciwnie zapalenie jest bezpośrednią przyczyną jaskry wtórnej zapalnej. Najczęstszą przyczyną jaskry wtórnej jest zapalenie tęczówki lub następstwa tego zapalenia. Tak zapalenie surowicze tęczówki, *iritis serosa*, nieraz sprowadza wzmożenie ciśnienia w gałce oka. Są nawet przypadki, kiedy rozpoznanie między zapaleniem tęczówki a jaskrą sprawia duże trudności. G o l d z i e h e r wprowadził nawet nowe miano — *iritis glaucomatosa*, a za jego przykładem poszli W a g n e r [13]), I n a n y e [14]), M. H o o r [15]), W i d e k i [16]). F u c h s w swym podręczniku chorób ocznych nie wspomina wcale o *iritis glaucomatosa*, a omawiając osady na tylnej powierzchni rogówki, uskarża się, że lekarze nieraz mu przysyłają chorych z rozpoznaniem jaskry przewlekłej, u których rzeczywiście można wykazać wzmożone ciśnienie w gałce. Chorzy ci uskarżają się na zamglenie wzroku, na bóle w skroniach i czole, na widzenie kół tęczowych koło płomienia, ale drobne ledwie dostrzegalne osady na tylnej powierzchni rogówki świadczą, że jest to nie pierwotna, ale wtórna jaskra.

Różnica między jaskrą pierwotną a jaskrą wtórną sprowadza się do różnicy między sprawą zastoinową a sprawą zapalną. C. d. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.
Kwiecień 1921.

S. L e v i n. **1146 przypadków wola u 1783 osób.** Autor zbadał 1783 osoby, zamieszkałe w pasie wielkich jezior — 790 mężczyzn i 993 kobiet od wieku najmłodszego do lat 63. U 1846-ciu znalazł powiększenie gruczołu tarczowego; w tej liczbie w 682 przypadkach wole zwykłe, w 420 gruczolaki lub torbielaki, w 44 wole klejowate. U niewielu osób chorobie towarzyszył wytrzeszcz lub objawy nadmiernego wytwarzania się wydzieliny gruczołu tarczowego. Kretynów w okolicy było bardzo mało. Autor samo powiększenie się tarczycy uważa za następstwo fizjologiczne zapotrzebowania wewnętrznego lub wpływów zewnętrznych. Niewątpliwie tarczyca ma duże znaczenie w utrzymywaniu równowagi w przemianie materji; a znajdując się w miejscu wydatnem, bardziej narażoną jest na działanie bodźców zewnętrznych, niż inne gruczoły, jej sprzymierzeńcy. Ciągłe przerastanie może doprowadzić do nieprawidłowej wzmożonej czynności tkanek, która wywołuje wreszcie postać wytrzeszczową. Badając okres życia osobników, dotkniętych wolem, autor uważa, iż krzywa zachorowań wzrasta, począwszy od wieku dziecięcego, a po dojściu do okresu dojrzałości nieco zniża się. Później u kobiet w okresie zdolności rozrodczych (38—40 lat) zniża się, aby ponownie podnieść się w okresie przekwitania. U mężczyzn krzywa zniża się do r. 35—40, poczem nieco podnosi się. Największy odsetek wola stwierdza się do r. 35, gruczolaki i torbiele stwierdza się w wieku późniejszym.

Czerwiec 1921.

A. K e i d e l i J. M o o r e. **Zapalenie skóry i odczyny pokrewne w leczeniu kiły arszenikiem.** Pobudką do pracy niniejszej był fakt, iż dotychczas lekarze nie doceniali znaczenia zapaleń skóry w następstwie stosowania arsenu w kile. Autorowie zwracają uwagę na dosyć częste ciężkie, a nawet groźne, objawy po zastosowaniu arsphenaminy, neoarsphenaminy, sodku arsphenaminy, salwarsanu, sulfoksylatu salwarsanu. Zbadano szczegółowo 23 przypadków zachorowań ze szpitala John Hopkins'a. Pod nazwą »odczynów pokrewnych« zapalenia skóry autorowie rozumieją zapalenie jamy ustnej, swędzenie skóry bez widocznych zmian w niej: Odczyny skórne spostrzegano niezależnie od płci chorych, lecz trzy razy częściej wśród osobników rasy białej, niż kolorowej. Uszkodzenia kiłowe lub czas trwania choroby zasadniczej wpływu nie wywierały; wyłączyć można było również wpływ rtęci i jodku potasu. Widoczne były nieraz objawy poprzedzające w rodzaju swędzenia skóry, łagodnej i przemijającej wysypki w postaci plamek, grudek, pęcherzyków, zapalenia jamy ustnej, gorączki i niedomagania. Objawy powyższe wskazują na to, iż leczenie należy przerwać, a na stan chorego zwrócić baczną uwagę. Objawy chorobowe podzielić można na łagodne i ciężkie. Do pierwszych należą: pokrzywka, rumień i opryszczki. Grupę ciężką stanowią wysypki w postaci plam, dużych grudek z łuszczeniem się nabłonka, swędzeniem i zapaleniem jamy ustnej. Pokrzywka, opryszczki proste, rumień bez zwiększonej ilości leukocytów we krwi należą do objawów lekkich.

Stanom ciężkim towarzyszą: zmniejszenie ilości krwinek białych, zmniejszenie się ilości obojętnochłonnych, eozynofilia, większa ilość postaci wielojądrzastych przejściowych oraz obecność komórek łamliwych. Łuszczeniu się skóry towarzyszy często zapalenie nerek, nerwów, żółtaczka, zakażenie skóry, odoskrzelowe zapalenie płuc, posocznica. Wrażliwość chorego, powodująca objawy zasadnicze trwa przez długi okres czasu i zaznacza się nawet w razie stosowania dawek bardzo małych tego samego przetworu; zastąpienie środka innym przetworem nie wywołuje często zmian dalszych. Rokowanie nieraz jest poważnem; pięć przypadków autorów zakończyło się śmiercią. Możliwe, że czynnikiem przyczynowym jast nadwrażliwość ustroju. *J. Drac* (Warszawa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.
T. II. Nr. 4. 1921.

A. C a l m e t t e. **Sposoby przenikania gruźlicy.** Nietylko ludzie z otwartą gruźlicą, ale także ludzie pozornie zdrowi, u których tylko odczyn tuberkulinowy pozwala na przypuszczenie istnienia zakażenia gruźliczego, mogą szerzyć laseczniki gruźlicy za pomocą wydzielin i wydalin. Badania Schroeder'a i Cotton'a wykazały, że 40% krów bez jakichkolwiek widocznych zmian gruźliczych, lecz oddziaływujących na tuberkulinę, wydzielało od czasu do czasu z kałem laseczniki gruźlicze. Badania autora i Guerin'a w r. 1909 wykazały, że laseczniki gruźlicze, wprowadzone do krwiobiegu, wydzielane były drogami żółciowemi; część laseczników wraz

[13]) W a g n e r. Zum Krankheitsbild Iritis glaucomatosa. Centralbl. f. pr. Augenheilk. S. 44. 1900.

[14]) I n a n y e M. Ein Fall von sogenannter Iritis glaucomatosa, Ophthalmol. Klinik August 1901.

[15]) M. H o o r. Iritis glaucomatosa Szemészet lapok. XXXVII. 1902.

[16]) R. W i d e k i. Ein Fall von Iritis glaucomatosa Szemészet lapok N. 3. 1904.

z żółcią wykazana była w kale. Szereg badaczy francuskich i niemieckich wykrył w żółci zwierząt, chorych na gruźlicę, obecność laseczników gruźliczych. Laseczniki gruźlicze mogą się również wydzielać przez nerki (Nobécourt i L. Bernard) i przez gruczoły mleczne. Często znajdowano laseczniki gruźlicze w mleku krów i kóz pozornie zdrowych, lecz reagujących na tuberkulinę. Z 20 kobiet gruźliczych karmiących u 17 t. j. u 85% znaleziono w mleku laseczniki gruźlicze, przyczem 9 kobiet było w I. okresie choroby z bardzo nieznacznemi zmianami. W krajach odległych, które dzięki swemu położeniu izolowanemu, uważały się za zabezpieczone od gruźlicy, szerzyli gruźlicę marynarze, podróżnicy, kupcy, którzy byli pozornie zdrowi a byli tylko nosicielami zarazków.

E. Rist. **Gruźlica płuc a ciąża.** Grisolle w r. 1850 wskazał pierwszy na szybki i ciężki przebieg gruźlicy u ciężarnych, lecz przypuszczał, że sprawa chorobowa po rozwiązaniu się uspokaja, że po niem następuje poprawa a nawet wyleczenie. Obecnie wszyscy prawie autorzy zgadzają się na to, że 1) ciąża, powstająca u chorych na gruźlicę płuc, jest powikłaniem bardzo poważnem, prowadzącem często do śmiertelnego zejścia; 2) że ciąża lub stan po rozwiązaniu często przyczynia się do tego, że gruźlica, dotychczas skryta, staje się czynną; i 3) że gruźlica powstająca w tych warunkach ma przeważnie ciężki przebieg. Badania Sterna, Bar'a i Devraigne'a u ciężarnych w IX. miesiącu i po rozwiązaniu a ostatnio badania Nobécourt'a i Paraf'a u ciężarnych w 6—9 miesiącach ciąży, a także u kobiet po rozwiązaniu, wykazują zmiejszeniu odczynu tuberkulinowego skórnego. Alergia zamienia się w tych stanach na anergję, co wykazuje, że odporność na gruźlicę jest zmniejszona, więc może nastąpić nowa reinfekcja. Autor nie jest zwolennikiem poglądu Maragliano, że zawsze istnieje wskazanie do przerwania ciąży u chorych na gruźlicę, gdyż dane statystyczne wykazują znaczny bardzo odsetek śmiertelności u chorych, którym przedwcześnie przerwano ciążę. Za najlepszą metodę leczenia autor podaje stosowanie odmy sztucznej, która wpływa dodatnio na sprawę chorobową u matki i jednocześnie zapobiega zakażeniu się dziecka. Od roku 1917-go stosuje autor odmę sztuczną z dobrym wynikiem u ciężarnych chorych na gruźlicę płuc.

3. E. Lenoble. **Zapalenia mięśnia sercowego pochodzenia gruźliczego.** Aż do ostatnich czasów mało zwracano uwagi na sprawę zapalenia mięśnia sercowego w przebiegu gruźlicy płuc. Gruźlica może wywoływać wszystkie odmiany zapalenia mięśnia sercowego, które można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą zapalenia mięśnia sercowego w stanie czynnym, jakie widujemy przy ostrym postępie sprawy chorobowej w płucach. Za życia nie dają się rozpoznać a na sekcji zmiany w mięśniu sercowym są nieznaczne. Do drugiej grupy należą zapalenia mięśnia sercowego, jako skutek zakażenia gruźliczego; powstają wtedy w mięśniach zmiany bliznowate oraz rozrzedzenie włókien mięśniowych; gruczołków ani komórek olbrzymich autor w mięśniach nie widywał. Klinicznie zapalenie mięśnia sercowego często niczem się nie zdradza a tylko wyjątkowo widziano wtedy napady dusznicy bolesnej, dychawicy sercowej, oddech Cheyne-Stokes'a. W przeważającej części przypadków dopiero tętno wykrywa zmiany czynnościowe w sercu. Autor widywał śród swoich przypadków tętno naprzemienne, niemiarowość zatokową, niemiarowość zupełną, skurcze dodatkowe przedsionkowe i komorowe, rytm węzłowy, częstoskurcz serca napadowy. Roentgen wykrywał czasami serce małe, w formie kropli wiszącej, częściej powiększone w całości lub w oddzielnych odcinkach. Ciśnienie, podług Pachona, czasami dochodziło do 7 z małemi oscylacjami, czasami zaś do 19—12, przyczem często szybko ciśnienie z 18—9 padało do 11—8. Tętno bywało od 80 aż do 240. Rokowanie jest zależne od charakteru cierpienia mięśnia sercowego oraz cierpienia innych narządów, głównie płuc. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Chirurgja.

The Lancet.
5|XI. 1921.

Bonar. **Czynność żołądka przed i po zespoleniu z jelitem czczem.** Jest to krótkie doniesienie tymczasowe oparte na badaniu wszechstronnem licznych przypadków nowotworów i wrzodów żołądka oraz dwunastnicy. Wnioski formułuje B. w sposób następujący:

A. Wrzody mogą być podzielone na trzy grupy: 1) przedodźwiernikowe, łącznie z wpustowemi, 2) odźwiernikowe (zwykłe lub ze zwężeniem), 3) wrzody dwunastnicy. Nowotwory — niezależnie od rodzaju operacji — tworzą grupę czwartą. B. Bez względu na rodzaj operacji (wyłącznie zespolenie lub w połączeniu z wycięciem wrzodu) kategorja 1) wykazuje zmniejszenie ilości wolnego HCl przy niezmiennie wysokiej kwasocie; żółć przenika do żołądka podczas trawienia, a opróżnianie się żołądka odbywa się o wiele prędzej, niż przed zabiegiem. C. Wrzody odźwiernika — po dokonanem zespoleniu — dają ten sam typ trawienny, co i przed operacją. D. Wrzody dwunastnicy wykazują przed operacją wysoką kwasotę przed jedzeniem, gwałtowne opróżnianie żołądka, zaś po zespoleniu, przy zachowanej wysokiej kwasocie ogólnej, zmniejszenie ilości wolnego HCl. Podczas jedzenia ogólna kwasota osiąga cyfry nie mniejsze, niż przed operacją. Żółć stale obecna w żołądku. Opróżnianie gwałtowne. E. Raki wykazują nizką kwasotę zarówno przed, jak i po zespoleniu. F. We wszystkich przypadkach zespolenia żołądka z jelitem żołądek opróżnia się prędzej, niż przed operacją. G. We wszystkich przypadkach pewna — zmienna — ilość żółci przenika do żołądka podczas trawienia. H. We wszystkich przypadkach pomyślnie przeprowadzonego zespolenia żołądkowo-jelitowego nastąpiła ulga w bólach. I. W większości przypadków zwykłego wrzodu chorzy zyskiwali na wadze po operacji.

19/XI. 1921.

Boyle. **Obecny stan znieczulania w Ameryce.** W sekcji »anestetycznej« Król. Tow. Lek. w Londynie B. zdał sprawę ze swej wycieczki do Ameryki, gdzie brał udział w »pierwszym zjeździe Kanadyjskiego Tow. »znieczulaczy« nad Niagarą w czerwcu r. z. Z rzeczy najnowszych w dziedzinie znieczulania podaje on fakty następujące:

Na pewien czas przed znieczuleniem przyjęto tam dawać chorym $^3/_8$ g morfiny, $^1/_{100}$ g atropiny i 300 cm. 4% roztworu siarczanu magnezu podskórnie. Bardzo dobre wyniki daje znieczulenie zapomocą gazu z tlenem (? przyp. ref.). Czasami gaz i tlen są przepuszczane przez paraldehyd. Wynik uprzedniego zastrzykiwania pod skórę opisanych preparatów jest ten, że działanie następcze środków nasennych jest mocniejsze, a ilość zużyta — mniejsza. Ta sama zasada stosuje się tam i do znieczulenia miejscowego. W przypadkach nakazujących szczególną ostrożność stosuje się przy pomocy »motoru« wziewanie eteru do jamy noso-gardzielowej. W New Yorku stosują chlorek etylu do operacji migdałków i wyrośli adeinodalnych: z początku rozpyla się ten środek na chusteczce gazowej, potem zaś nalewa na maskę, w której pozostawia się mały okrągły otwór Podczas operacji specjalny przyrząd wysysa całą krew do butelki, nie dopuszczając w ten sposób do połykania krwi. Wielkie znaczenie przypisują narkotyzerzy amerykańscy badaniu ciśnienia krwi, co się uskutecznia zapomocą wykresów. Mc Kesson ustalił trzy stopnie spadku ciśnienia krwi. Pierwszy obejmuje przypadki, gdzie szybkość tętna podnosi się o 15% bez zmiany w ciśnieniu, lub 10% zmniejszenia ciśnienia bez zmiany szybkości tętna. Drugi stopień stanowi przyśpieszenie tętna o 25% z jednoczesnym spadkiem ciśnienia krwi od 10 do 25%, wreszcie do trzeciej kategorji, uznawanej jako ostateczny stopień wstrząsu (shock), zaliczają się zaburzenia, gdzie tętno przyśpiesza się 100 lub więcej proc., a ciśnienie spada do cyfr wynoszących 30 mm. rtęci w skurczu przy ciśnieniu tętna 20 lub mniej. Odczytując podobne cyfry, narkotyzer jest w stanie zawczasu ostrzec operującego o zbliżającej się zapaści, przyczem dane otrzymywane na papierze są pewniejsze, aniżeli poleganie na czuciu palców, kontrolujących jakość tętna. Okres »trzeci« kończy się zazwyczaj śmiertelnie, o ile przeciąga się ponad 20 minut. O wysoce naukowem traktowaniu w Ameryce sprawy znieczulania świadczy fakt, iż w Toronto ma powstać katedra anestetyki, a jej godnym kierownikiem ma być doktór Johnston.

Harris i inni. **Leczenie uporczywych bólów.** Na posiedzeniu sekcji neurologicznej Kr. Tow. Lek. w Londynie sze-

roko omawiano sprawę bólów pochodzenia ośrodkowego i obwodowego, przyczem H. zaznaczył, że uporczywe, głęboko usadowione dolegliwości, którym towarzyszy upośledzenie odżywiania, każą przypuszczać istnienie sprawy złośliwej.

Sprawy obwodowe: t. zw. »neurofibrosit'y« bywają pochodzenia bądź urazowego, bądź »reumatycznego«. Zbyt mało zwracamy uwagi na pierwsze, i zbyt często rozpoznajemy drugie: wielokroć przeoczamy takie sprawy, jak uwięźnięcie gałązki czuciowej w bliźnie, w kośćcu zniekształconym i t. p. W podobnych razach należy zniszczyć odnośną gałązkę przez wstrzyknięcie mocnego alkoholu. Newralgie twarzowe b. często mają za punkt wyjścia sprawy ropne zębodołów. W razach zapuszczonych i uporczywych pozostają dwie drogi: wycięcie nerwu, względnie całego zwoju, lub zastrzykiwania alkoholowe. Ostatnim należy dać pierwszeństwo, zwłaszcza, gdy chodzi o sprawy dwustronne.

Choroby pni nerwowych: na podstawie mózgu lub w jamie noso-gardzielowej nowotwory i t. p. mogą imitować newralgie twarzowe. Nie należy zapominać i o neuritach przymiotowych (kilaki), gdzie leczenie swoiste daje wyniki niezawodne. Objawy uciskowe daje nieraz nie tylko żebro szyjowe, lecz i pierwsze grzbietowe, a wówczas obraz röntgenowski zawodzi całkowicie. »Causalgia« jest chorobą czysto wojenną, rzuca się tu w oczy niewspółmierność bólów do zmian urazowych w nerwach. Alkohol zastrzyknięty do pnia nerwowego ponad miejscem urazu działa często b. dobrze.

Uszkodzenia korzonków tylnych i ich zwojów idą nieraz w parze z półpaścem, w razach nawet uporczywych wycinanie korzonków nie zawsze daje pewne wyniki. Wylewy krwawe do opon dają czasami podrażnienia korzonkowe. Co do wyników leczenia operacyjnego napadów żołądkowych w wiądzie — głos należy oddać chirurgom.

Nowotwory wewnątrzmóżdżkowe, jamistość rdzenia i opuszkowa czasami powodują bóle, a tylno-dolny zbiór objawów móżdżkowych wywołuje uporczywą newralgję twarzową. Psychalgie są nader częste. Poznajemy je głównie na zasadzie braku umiejscowienia anatomicznego i na zasadzie zawodności leczenia podjętego w celu zwalczania jakoby istniejącej sprawy chorobowej o podkładzie organicznym.

E. Lewenstern (Warszawa).

Bull. Soc. Chir. Paris — 1921.
Nr. 25. i 26.

Sencert, Allenbach i Ferry. **O leczeniu chirurgicznem przedziurawienia wrzodu żołądka i o funkcjonowaniu zespolenia żołądkowo-kiszkowego w przypadkach z drożnym odźwiernikiem.** Sprawa techniki operowania przedziurawień wrzodu żołądka nie jest dotychczas rozstrzygnięta. Gdy jedni z zasady po zeszyciu przedziurawienia wykonywują zespolenie żołądkowo-kiszkowe, inni stosują je do przypadków z wyraźnem zwężeniem, powstałem po zaszyciu przedziurawienia. Dla wyjaśnienia znaczenia zespolenia żołądkowo-kiszkowego w takich warunkach autorowie stosowali je systematycznie w klinice Strasburskiej w ciągu dwu lat ostatnich. Na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na 8 przypadkach, przyszli oni do wniosku, że żaden z trzech zarzutów, stawianych temu dodatkowemu zabiegowi, nie jest dostatecznie usprawiedliwiony: 1) nie przedłuża on zbytnio całości zabiegu, 2) nie sprzyja rozszerzeniu zakażenia po otrzewnej, 3) nie jest technicznie trudny ani niebezpieczny ze względu na teren zakażony. Natomiast późniejsze badanie 5 z pośród 8 operowanych chorych ustaliło fakt, że choć wrzód znajdował się na małej krzywiźnie w odległości 3 centymetrów i więcej od odźwiernika, a po zaszyciu przedziurawienia nie widać było zwężenia, mimo to prawie cały pokarm kontrastowy, jak wykazała radioskopja, przechodził przez zespolenie, a prawie wcale przez odźwiernik. A więc nie można mówić o bezużyteczności zespolenia w przedziurawieniach wrzodu małej krzywizny lub dna żołądka. Autorowie skłaniają się nawet do zdania, że zespolenie to sprzyja zabliźnieniu się przedziurawienia. Wśród chirurgów i radiologów przyjęło się mniemanie, że zespolenie żołądkowo-kiszkowe spełnia swe zadanie jedynie przy niedrożnym skutkiem blizny lub kurczu odźwierniku. Doświadczenie kliniczne jednak oraz prace doświadczalne przeczą temu A więc, w dwu spostrzeganych przez autorów przypadkach po siodłowatem wycięciu wrzodu małej krzywizny radiolog stwierdził zaleganie treści oraz zwiotczenie i dopiero po wykonaniu zespolenia zaburzenia te ustąpiły. W takich przypadkach Delagenière zaleca wykonywać systematycznie zespolenie tak ze względu na pewne przemieszczenie, uniesienie odźwiernika lub przyciągnięcie go do wpustu, jak i skutkiem zwiotczenia żołądka po przecięciu zakończeń nerwu błędnego.

Powyższą sprawę autorowie starali się wyświetlić drogą doświadczalną: jednemu psu wytworzono samo zespolenie żołądkowo-kiszkowe, drugiemu wycięto obok tego część krzywizny małej żołądka, nie zmieniając położenia ani kształtu odźwiernika. Za pomocą radioskopji przekonano się, że u pierwszego żołądek kurczy się dobrze, a pokarm kontrastowy przechodzi wyłącznie przez odźwiernik, u drugiego zaś ruchów robaczkowych niema, a pokarm przechodzi przez zespolenie zamiast przez odźwiernik. Że tu mamy do czynienia ze skutkami uszkodzenia unerwienia żołądka, dowodzi następne doświadczenie, które polegało na przecięciu gałązek nerwowych u pierwszego psa. Okazało się wtedy, że ruchy robaczkowe żołądka znikły, a pokarm przechodził nie przez odźwiernik, ale przez zespolenie.

Hartmann. **W sprawie działania przetoki żołądkowo-kiszkowej przy drożnym odźwierniku.** Autor powołuje się na ogłoszoną przez siebie przed 7 laty pracę doświadczalną, w której dowiódł, że opróżnianie się żołądka odbywa się przez przetokę żołądkowo-kiszkową, o ile ta ostatnia mieści się w części odźwiernikowej, przez odźwiernik zaś, gdy wykonamy ją w części wpustowej. Panujący dotychczas pogląd, że przy drożnym odźwierniku cała treść żołądka idzie tędy, omijając przetokę, pochodzi stąd, że u psów część żołądka, która pierwsza wyłania się po otworzeniu brzucha, jest częścią wpustową, że odźwiernik jest położony wysoko pod żebrami i wskutek tego wykonywa się zespolenie z kiszką zdala od odźwiernika. W doświadczeniach Tuffier'a np. zespolenie to wypadało w odległości 25 cm od odźwiernika. Gdy wykonać zespolenie w pobliżu odźwiernika, wyniki są wprost przeciwne.

Różnice wyników doświadczeń autora a Sencert'a pochodzą stąd, że żołądek składa się z dwu części: część wpustowa stanowi tylko rezerwoar, część odźwiernikowa wykonywa ruchy, które przepychają treść żołądkową do dwunastnicy. Przecięcie gałęzi nerwowych, idących do żołądka, wywołuje porażenie części odźwiernikowej i opróżnianie się przez przetokę, bez względu na to, gdzie się ona znajduje. Z pośród 19 chorych autora po zespoleniu żołądkowo-kiszkowem, zbadanych po upływie 1—11 lat, u jednego cała treść przechodziła przez odźwiernik, u 16 — wyłącznie przez przetokę, u 2 — i tędy, i tamtędy — różnice zależały od położenia przetoki w stosunku do odźwiernika.

Nr. 22.

Lambret. **Badania nad powikłaniami płucnemi po zabiegach na żołądku.** Dla zapobiegania powikłaniom płucnym po zabiegach na żołądku autor stosował wszystkie zalecane dotychczas środki: znieczulenie miejscowe zamiast ogólnego, izolowanie chorych, unikanie oziębiania, hygjenę jamy ustnej itp. Mimo to widywał zapalenie płuc po zabiegu, które tłumaczył sobie czy to małemi zawałami, jak chcą jedni autorowie, czy też wspólnem unerwieniem żołądka i płuc, jak chcą inni.

Dla wyjaśnienia przyczyny tych powikłań Breton i Grysez robili badania w oddziale autora i stwierdzili: 1) w plwocinie chorych z zaburzeniami płucnemi po żołądkowych operacjach — stałą obecność *enterococcus*, 2) w przypadku śmiertelnego zapalenia płuc — obecność w płucu prątka odźwiernikowego (*bacillus pylori* — z gatunku odmieńca) 3) drogą szczepień podczas zabiegu wyhodowano z treści żołądkowej lub kiszkowej w niektórych przypadkach pewną odmianę prątka okrężnicowego, w innych — *enterococcus*.

Opierając się na tych danych L. zaczął uodporniać swoich chorych przed zabiegiem za pomocą szczepionki wyżej wspomnianych drobnoustrojów. W tym celu Breton i Grysez uprzednio określali, z którym z tych drobno-

ustrojów mieli do czynienia u danego chorego, posługując się do tego odczynem wewnątrzskórnym (intradermoreakcja) tak, jak to obecnie robi się z jadem błonicznym (odczyn Schicka).

Dodatni wynik odczynu wewnątrzskórnego tłumaczymy oddziaływaniem na antygen przeciwciał, wytworzonych uprzednio przez ustrój w związku z zakażeniem. Z pośród 19 chorych, leczonych w ten sposób, L. spostrzegał u czterech powikłania płucne. Pierwszy zmarł skutkiem zapalenia płuc, wywołanego przez *enterococcus*, gdy chory był szczepiony przeciwko prątkowi odźwiernikowemu. Wobec tego, przypadku tego nie można zaliczać na niekorzyść metody. W trzech innych zapalenie trwało bardzo krótko i wogóle miało przebieg wyjątkowo łagodny. B. i G. pracują dalej nad udoskonaleniem metody.

W dyskusji Souligoux dodał, że od czasu, gdy przyszedł do przekonania, że przyczyną powikłań płucnych jest długotrwałe leżenie chorego, podnosi swoich chorych już nazajutrz po zabiegu i dzięki temu prawie nie widuje powikłań płucnych. R. Grégoire przez 3—4 dni przed zabiegiem płucze żołądek wodą z jodem, by zmniejszyć żywotność flory żołądkowej. Powikłania płucne widuje G. w wyjątkowych razach. *Br. Szerszyński* (Warszawa).

Lyon chirurg.
Nr. 4. 1921.

Profesor Rochet. **Leczenie chirurgiczne bolesnych nieżytów pęcherza moczowego.** Napady bólów pęcherza mają, zgodnie z danemi z fizjologji i patologji tego narządu, swe źródło bądź w bolesnym skurczu samego pęcherza, bądź też przyczyną ich jest zaburzenie zwieracza cewkowo-pęcherzowego, lub też wreszcie pochodzą one z moczowodu, zwłaszcza jego dolnego odcinka. Chociaż podział taki jest czysto teoretyczny, a w rzeczywistości zachodzą najczęściej połączenia kilku przyczyn, jednakże możemy, kierując się przewagą tych lub innych objawów wybrać odpowiednią drogę leczniczą. A więc od czasów Guyon'a wiemy, jaką ulgę sprawia przetoka nadłonowa przy skurczach pęcherza samego. Zapobiega ona zbieraniu się pod ciśnieniem moczu w pęcherzu owrzodziałym i o zmniejszonej pojemności. W 1913 roku autor wespół z Latarjet'em wpadł na pomysł ulżenia bólom w uporczywych i przewlekłych zapaleniach pęcherza, i w przypadkach bez skutku, leczonych innemi sposobami, za pomocą przecięcia odpowiednich nerwów lub wycięcia zwojów podbrzusznych. Przecięcie wszystkich nerwów jest prawie niewykonalne ze względów technicznych; możnaby było najwyżej usiłować przeciąć najważniejsze gałązki, natomiast usunięcie zwojów jest możliwe i przerywa odrazu łączność nerwową pęcherza, jeżeli nie liczyć pozostających drobnych połączeń współczulnych — główne połączenia współczulne byłyby również przerwane. Osiągnęlibyśmy w ten sposób zupełne znieczulenie śluzówki i zniesienie bolesnego skurczu. Prace Latarjet'a i Bonnet'a, tyczące się topografji splotu podbrzusznego, i własne badania pozwoliły autorowi opracować plan operacyjny, drobiazgowo opisany. Wycina on zwój podbrzuszny, umiejscowiony, jak wiadomo, pomiędzy odbytnicą a dnem pęcherza bądź drogą pozaotrzewną, bądź też otwierając otrzewnę. Cięcie powłok jednakowe dla obydwóch sposobów — łukowate nadłonowe Pfannestiel'a. Autor operował tym sposobem dwóch chorych z wynikiem dobrym, tj. nie mieli oni więcej bólów, lecz nie mogli oddawać moczu i musiano ich cewnikować. Zabieg powyższy jest długotrwały i dość ciężki i dlatego autor poprzestał na przecięciu pasm nerwowych, wychodzących ze zwoju, u dwóch następnych chorych. Wstrzymanie moczu było tu tylko przejściowe, bóle znikły, chociaż pozostał częstomocz.

W przypadkach, gdzie źródłem bólów wydawał się dolny odcinek moczowodu, autor stosował przecięcie nerwów oplatających ten odcinek, posługując się, w celu odsłonięcia moczowodu, sposobem Gibson'a. Z trzech tak operowanych jeden miał znaczne zmniejszenie się bólów i częstomoczu, w drugim i trzecim przypadku bóle znikły prawie zupełnie. Zabiegi powyższe znajdują zastosowanie w daleko posuniętych przypadkach gruźlicy układu moczowego; chodzi zwykle o to, aby uczynić te parę miesięcy życia, które takim chorym pozostały, możliwie bezbolesne. Niema się więc obawy, przecinając nerwy w powyższych przypadkach, ażeby połączenia te nerwowe znowu powstały; na to zwykle brak czasu.

Nieco na osobności powstaje grupa bólów zależnych od zwieracza otworu pęcherzowo-cewkowego. Są tu i przypadki wiądu rdzenia i schorzenia zwanego nerwobólem szyjki i inne. Można usiłować wpłynąć na te bóle bądź pośrednio, przecinając gałęzie kroczowe nerwów sromnych i niszcząc zwoje współczulne krzyżowe (Jaboulay), bądź też bezpośrednio. Pierwsze postępowanie wskazanem bywa w przypadkach, gdzie pęcherz jest zdrów i siedliskiem nerwobólu jest krocze. Bezpośrednio działamy rozszerzając forsownie szyjkę lub nacinając pierścień cewkowo-pęcherzowy. Autor woli posługiwać się ostatnią metodą: nałożenie (u mężczyzny) przetoki kroczowej, wprowadzenie noża podwójnego ukrytego i nacięcie za pomocą tego narzędzia szyjki. U kobiety przetoka kroczowa jest zbędną. Nietrzymanie moczu po tym zabiegu jest tylko przejściowe. Bóle ustają natychmiast i, o ile chodzi o niepowikłane przypadki czystego nerwobólu, można mówić o wyleczeniu zupełnem.

A. Wojciechowski.

Choroby kobiece i położnictwo.

Archiv f. Gynaekologie.
T. 115. Zesz. 2. 1921.

Otto Zietzschmann. **O czynnościach narządów płciowych żeńskich u zwierząt ssących i człowieka. Badania porównawcze nad okresowemi czynnościami ruji i menstruacji.** Autor omawia naprzód okresową czynność jajnikowania i tworzenia się, rozkwitu i zaniku ciałka żółtego, opierając się na własnych spostrzeżeniach, czynionych u cieląt i krów, u których okres od jednej do drugiej owulacji trwa 21 dni. U zwierząt tych, jak wogóle u wszystkich zwierząt, u których czyniono dokładne spostrzeżenia, pęknięcie pęcherzyka Graafa schodzi się z okresem ruji i następuje z reguły pod jej koniec. W drugiej części pracy opisuje autor okresowe przemiany na błonie śluzowej macicy suk, wedle badań Keller a, i podaje wyniki własnych badań nad takiemiż przemianami u krów i cieląt. Przemiany te są w istocie swojej takie same, jak przemiany w błonie śluzowej macicy kobiecej (Hitschmann i Adler), tylko nieco mniej wybitne. Okresowi ruji i owulacji odpowiada wielkie przekrwienie błony śluzowej ze wzmożoną wydzieliną, a często i wylewami krwi, wszelako dopiero po owulacji i ustaniu ruji odbywa się przerost błony śluzowej, odpowiadający przedmiesiączkowemu okresowi u kobiety. Następuje po nim okres zanikowy, o ile nie przyszło do zapłodnienia.

Ruja i odpływ, zmieszany często z krwią, spostrzegane u zwierząt, nie odpowiadają więc zgoła okresowi miesiączkowemu kobiety. Schodzą się one z początkiem przerostu błony śluzowej, a nie z jego końcem, jak miesiączka ludzka. Za odpowiednik odpływu właściwego zwierzęcej ruji możnaby raczej u kobiety uważać owe wydzieliny niekiedy krwawe, które towarzyszyć zwykły napadom bólów międzymiesiączkowych, zjawiska niewątpliwie chorobowego i niezbyt częstego. Jednem słowem u zwierząt burzliwym jest początek przerostu, a spokojnym jego koniec i okres zaniku, u człowieka przeciwnie spokojnie i bez wydzielin przebiega początek okresu przerostowego, a burzliwym jest koniec tego okresu, rozpoczynający cofanie się przerostu. U człowieka jednak podobnie jak u zwierzęcia, owulacja odbywa się w początku okresu przerostowego.

W innych ustępach pracy omawia autor wpływ wewnętrznego wydzielania pęcherzyków na rozwój cech wtórorzędnych, dalej zastanawia się nad t. zw. gruczołem wśródmiąższowym (*glandula interstitialis*), na który zapatruje się nieco sceptycznie, w końcu mówi o wydzielaniu wewnętrznem ciałka żółtego i o wpływie zagnieżdżonego jajka na jego przerost i trwanie.

Zander. **O dawkowaniu radjum.** Potwierdza spostrzeżenia Hanschtinga, wedle których działanie energji promiennej w głębi odpowiada liczbom 6, 15 i 36 t. zn., że trzeba

sześciu dawek jednostkowych, oznaczonych biologicznie (t. zw. *Erythemdosis* autorów niemieckich) dla otrzymania tegoż samego skutku w głębokości 1 cm, 15-tu dawek jednostkowych dla głębi tkanek 2 cm, a 36-ciu dawek dla głębi 3 cm. Autor podaje następnie wyniki doświadczalnych badań nad dawkowaniem radjum, jeśli używa się nie jednej rurki, zawierającej sól radową, tylko dwie lub trzy, jak to się często stosuje w leczeniu raka szyi macicznej. Okazało się, że dwa naczyńka, zawierające rad, muszą być od siebie odległe o 1 ctm., jeśli ich działanie nie ma się sumować w miejscu, w którem do siebie przylegają. Podaje wreszcie sposób, w jaki można rurki z radem unieruchomić w pochwie, co jest ważnem ze względu na niebezpieczeństwo zniszczenia ściany odbytnicy lub pęcherza w przypadku przesunięcia się przyrządu.

Zacherl. **Przyczynek do kliniki i leczenia rzucawki.** Autor opisuje szczegółowo trzy przypadki «eklampsji» bez drgawek, w których rozpoznano to cierpienie dopiero na stole sekcyjnym, na podstawie typowych objawów, opisanych przez Schmorla. W rzędzie tych objawów najważniejszą rolę odgrywają martwicze i krwotoczne zmiany w wątrobie. Z. zestawia następnie materjał kliniki w Gracu (188 przypadków rzucawki porodowej). Śmiertelność płodów wynosiła 33%, matek 20·7%. Co do leczenia, to ulegało ono w klinice grackiej zmianom zasadniczym. Obecnie jest ono eklektywnem: zaczyna się od upustu krwi, poczem stosuje się chloral i morfinę (Stroganow) i rozwiązanie. *K. Bocheński* (Lwów).

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.
Tom LV. Zeszyt. 6.

Mayer. **Znaczenie ścieśnienia miednicy, spowodowanego dośrodkowem zwichnięciem uda, ze względu na położnictwo.**

Baumm. **Badania nad niebezpieczeństwem ręcznego wydobycia łożyska.**

Autor na podstawie badań materjału położniczego wrocławskiej kliniki z okresu 20-letniego (20418 porodów czasowych i przedwczesnych), przy których w 248 przypadkach ręcznie wydobyto łożysko, dochodzi do wniosku, że przesadzoną jest dotychczasowa obawa przed tym zabiegiem, ponieważ wykonany bez błędu, daje według jego statystyki 2·8% śmiertelności — a zatem przeciętną śmiertelność położniczych operacji, a niższą niż np. obrót z natychmiastowem ukończeniem porodu. Niebezpieczeństwo septycznego zakażenia, rokowanie i przebieg pooperacyjny są zależne od wielkości krwotoku, który poprzedził ręczne wydobycie łożyska. Jako dowód przytacza, że na 425 normalnych porodów nie powikłanych żadnym zabiegiem operacyjnym, u których tylko ilość utraconej krwi podczas wydalania popłodu lub z powodu następowego krwawienia przenosiła 500 gr., było 66·3% połogów powikłanych ciepłotą do 38°, z tego zaś 0·7% skończyło się śmiercią. Natomiast w 316 przypadkach ręcznego badania wnętrza macicy było 53·2% przypadków z ciepłotą wyżej niż 38% a 0% śmiertelnych. Autor dochodzi do wniosku: 1) ręczne badanie wnętrza macicy, wykonane bez błędu, nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa i w wątpliwych przypadkach zawsze należy przedsięwziąć ten zabieg; 2) ręczne wydobycie łożyska jest jednym z najmniej niebezpiecznych zabiegów położniczych; 3) przy zatrzymaniu łożyska i krwawieniu należy natychmiast ręcznie wydobyć łożysko. Utrata krwi jest tym czynnikiem, który obniża odporność organizmu na zakażenie; 4) ręczne wydobycie łożyska nie wywiera ujemnego wpływu na przebieg połogu i 5) nie należy się obawiać uszkodzenia macicy, jeżeli zabieg się wykona bez błędu. Na 248 przypadków kliniki wrocławskiej nie było ani jednego uszkodzenia macicy.

Fraenkel. **O uszkodzeniach *spatium vesico-uterinum*, powstałych podczas rozszerzania szyjki i ich leczenie.**

F. Geppert. **Zawał macicy i przydatków.**

Autor podaje drugi znany w literaturze przypadek zawału macicy i przydatków (pierwszy podał Fahr-Hamburg), powstały jednak nie z powodu zaczopowania naczyń, lecz wskutek trującego działania lysolu, wstrzykniętego do wnętrza macicy celem spędzenia płodu.

Paul Klaar. **Nowy model łyżeczki ginekologicznej.**

Rudolf. **»Endogener Microbismus«.**

Pod powyższym terminem rozumie autor istnienie drobnoustrojów na powierzchni ciała, w tkankach i jamach ciała jak np. w jamie ustnej, przewodzie pokarmowym, oddechowym, w pochwie, w gruczołach, często w woreczku żółciowym i w wątrobie, które bez wywoływania zmian patologicznych, w stanie utajenia, żyją i dopiero pod wpływem działania jakiegoś urazu nabierają cech złośliwości. Przez uraz np. przeziębienie, badanie lub zabieg operacyjny, zachwianą zostaje równowaga między organizmem a drobnoustrojami, wskutek czego rozwijają one swe właściwości żywotne i powodują, że odpornościowe siły organizmu nie mogą już opanować trującego działania drobnoustrojów. W położnictwie i ginekologji należy zawsze z nieufnością odnosić się do flory pochwy a specjalnie do saprofitujących tam ziarenkowców i zawsze uważać je za możliwe źródło zakażenia. Przeciwdziałać im można miejscowo, przez stosowanie środków przeciwgnilnych lub przez zmianę flory pochwy, lub też ogólnie przez podniesienie odpornościowych sił organizmu i wzmocnienie konstytucji, a z drugiej strony — przez zmniejszenie ogólnej lub miejscowej dyspozycji przez zapobiegawcze zastosowanie wstrzykiwań *kaseosanu, aolanu* lub olejku terpentynowego. W nowszych czasach autoseroterapia zyskuje sobie coraz większe zastosowanie. Działanie jej można sobie przedstawić jako mobilizację ciał ochronnych, skierowanych przeciw chorobotwórczym ustrojom znajdującym się w tymże organizmie. Streszczając się dochodzi autor do wniosku, że wyleczenie w znaczeniu klinicznem — nie jest wyleczeniem w znaczeniu bakterjologicznem. Często pierwotne chorobotwórcze drobnoustroje pozostają w organizmie w stanie utajenia i w odpowiedniej chwili mogą ujawnić swoje chorobotwórcze własności. Dr. *Kantorek.*

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Zdrowie Nr. 3. Maleciński: Zwalczanie chorób zakaźnych w b. Królestwie Polskiem i podstawowe zadania samorządów miejskich w tej walce. — Polak: Sprawa mieszkaniowa i zdrowie publiczne. — C. Fabiani: Sprawa mieszkaniowa pod względem prawnym.

Nr. 4. S. Mikołajski: Śmiertelność w m. Lwowie w okresie wojny 1914—1920. — Wł. Jabłoński: Sprawa mieszkaniowa w Warszawie. — A. Wasilewski: Leczenie ochronne od wścieklizny szczepionkami karbolizowanemi.

Nowiny lekarskie Nr. 3: J. Morawski: Wpływ duru plamistego i powrotnego na przebieg chorób umysłowych. — L. Sokołowski: O wynikach krwawego odprowadzenia przyrodzonych wywichnięć stawów biodrowych. — B. Szulczewski: Badanie dzieci w hipnozie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 98.

1) Prezes kol. Franke odczytuje telegram marszałka Sejmu wileńskiego: „W imieniu Sejmu wileńskiego mam zaszczyt złożyć Towarzystwu gorące podziękowanie za wyrazy czci i hołdu nadesłane z powodu powzięcia przez Sejm wileński uchwały o zjednoczeniu z Polską. A. Łokuciewski, marszałek Sejmu wileńskiego".

2) Kol. Nowicki przedstawia i omawia preparaty anatomopatologiczne; a) **promienicy płuc, opłucnej i klatki piersiowej** u mężczyzny 48-letniego. Główne zmiany dotyczą opłucnej, na której stwierdza się charakterystyczną miękką ziarninę z ropniami, następową próchnicę górnych kręgów piersiowych i przejście sprawy ze strony prawej na lewą. Prócz tego ropnie podopłucnowe i próchnica częściowa górnych żeber po stronie prawej z nacieczeniem guzowatem skóry i przebiciem na zewnątrz. Tylna część górnego płata stosunkowo nieznacznie zmieniona, mianowicie stwierdza się w niej starsze zmiany tkankołączne i nieznaczne ropienie. W ropie wszędzie bardzo liczne typowe ziarna promienicy. Podnieść należy bardzo niewielkie zmiany w płucu przy tak znacznych zmianach opłucnej i w kościach; b) dwa preparaty **niezwykle dużego rozszerzenia żołądka** na tle raka odźwiernika (l. 39) i najprawdopodobniej wrzodu trawiennego (nierozcinano) u mężczyzny l. 38. W obu żołądki opierają się niemal o dno miednicy i zajmują niemal całą jamę brzuszną, spychając do boku jelita cienkie; przy sposobności N. omawia w krót-

kości mechanizm powstawania tego rodzaju rozstrzeni żołądka; c) **niezwykłej wady rozwojowej serca**, polegającej na wytworzeniu się na przegrodzie międzykomorowej w miejscu części błoniastej i od strony komory prawej kieszonki, głębokiej niemal 4 cm a szerokiej do 2 cm; powstanie jej należy odnieść, zdaniem N., do niezrośnięcia się septum aorticum z brzegiem septum inferius w okresie powstawania przegrody międzykomorowej, lecz znacznie poniżej tego brzegu. Preparat pochodzi od 20-letniego młodzieńca z rozległą gruźlicą. Objawów klinicznych wada ta nie dawała.

W dyskusji kol. Węgrzynowski podaje obraz kliniczny u chorego z opadniętym żołądkiem, kol. Schramm omawia zaś przypadek promienicy płuc, nadmieniając, że początkowo robił on wrażenie gruźliczego zapalenia kręgosłupa. Mowca sądzi, że zakażenie szło od wewnątrz na zewnątrz, t. zn. że pierwotnie wyszło z dróg oddechowych. Leczniczo stosowano jod i siarczan miedzi bez wyniku. Kol. Meisels podnosi różnicę w ułożeniu żołądka w pozycji leżącej (przy operacji) i stojącej (przy prześwietlaniu). W odpowiedzi kol. Nowicki wyjaśnia, że komunikacji ropnia z płucem nie wyklucza, chociaż obraz anatomiczny mógłby przemawiać za wyjściem ze skóry. Lewe płuco było zupełnie zdrowe, w prawem zmiany nieznaczne.

3) Kol. Łukasiewicz przedstawia a) chorego ze skórą naciekłą, usianą guzkami od wielkości śrutu do maliny, barwy brunatnawo i sino-czerwonej na łopatce, ramieniu i ręce lewej, jak, też na obu udach i grzbiecie stopy i nasadzie palców z naciekiem na żołędzi przy ujściu cewki moczowej. Rozpoznanie: **sarcoma multiplex idiopathicum Kaposi**. Pierwszy Halle zwrócił uwagę, że prócz grzybicy guzowej jest to jedyna dermatoza, która daje pomyślne wyniki przy naświetlaniu rentgenem. Prelegent podnosi wpływ rasy na powstawanie tego schorzenia; b) 56 letniego wieśniaka, który obok sączącego wyprysku (*eczema madidans rubrum*) wykazuje naciekłą, twardą, zbitą, i połyskującą skórę, o rysunku widocznym, zabarwioną sino czerwono i pokrytą łuskami. Zmiany te umiejscowione są na kończynach, szczególnie na grzbiecie stóp i są **twardziną skóry** o nietypowem umiejscowieniu. W przypadku tym czucie jest utrzymane, wydzielanie potu i łoju zmniejszone. Leczniczo stosował mowca thyroidynę i wstrzykiwanie salicylanu sodu; c) 25 letnią wyrobnicę ze zmianami zanikowemi skóry o liljowych obwódkach w okolicy pośladków i kolan, i rozpoznaje **twardzinę** skóry. Stosowanie fibrolysiny i kąpieli obojętnych bez skutku.

4. Kol. Aleksiewicz przedstawia chorego po **wyjęciu ciała obcego z przełyku** (szczęka kauczukowa z haczykami). Chory połknął w czasie snu dostawkę, która uwięzła na wysokości przepony, a ostre haczyki ustaliły ciało obce na lewej ścianie przełyku.

Po nieudanej próbie wydobycia przy pomocy wziernika przełykowego wykonał nacięcie żołądka w uśpieniu eterowo-morfinowem i wyjął dostawkę od strony żołądka. W dalszym ciągu prelegent omawia sposób postępowania przy ciałach obcych, w szczególności mogących ranić wnętrze przełyku i wskazuje na najczęstsze miejsca utkwienia.

W dyskusji kol. Cieszyński wskazuje na niewłaściwość małej dostawki do wyjmowania, której przez noc nie powinno się nosić. W przypadku tym powinien był być raczej zrobiony mostek. Kol. Zalewski zaleca założenie pętli; kol. Węgłowski wyjaśnia sposób wyjęcia częściami dostawki po przepiłowaniu jej piłką elektryczną. Kol. Ostrowski dodaje, że w tym przypadku były w okolicy przepony obecne kulki gąbkowe na sznurku. Kol. Aleksiewicz w uzupełnieniu podnosi, że nitkowaty sposób Gulla, zaharpunował źle i przy ciągnięciu sprawiał ból. Kol. Selzer Jakób zastosował w celach wymiotnych 1% roztwór siarczanu miedzi z dobrym wynikiem, ale przy ciele obcem okrągłem. Nadto zabierał głos kol. Stauber.

5) Kol. Leszczyński przedstawia dziewczynkę ze **strupniem woszczynowym** (*favus*) na głowie przy obecności niecharakterystycznych, banalnych ognisk wielkości soczewicy, blado różowych, łuszczących się na skórze tułowia, kończyn górnych i dolnych. Badanie drobnowidowe łusek wykazało grzybki Schönleina. Jest to rzeczywiście *favus corporis*, jednak bez wytworzenia tarczek, z ograniczeniem tylko do zmian znanych jako *stadium herpeticum favi*. (A. r.)

6) Kol. Laskownicki przedstawia chorego po operacji **ropnia mózgowego**, powstałego jako następstwo urazu czaszki tępem narzędziem. Ropień udostępniono sobie płatem osteoplastycznym Wegnera, w środku którego znajdowała się blizna po urazie. Po otwarciu opony twardej natrafiono na jamę wielkości pomarańczy, z której wylała się obfita ilość ropy (gronkowiec biały). Płat osteoplastyczny ułożono na swoje miejsce, ropień zaś zdrenowano przez otwór w kości, wyskrobany w miejscu dawnego zranienia. Objawy nerwowe (niezborność móżdżkowa, prawostronny, połowiczy niedowład, Kernig, tarcza zastoinowa, bóle głowy, zamroczenie) ustąpiły w parę dni po zabiegu; obecnie, w 6 tygodni po operacji, chory opuszcza klinikę uleczony. (A. r).

W dyskusji kol. Rothfeld dodaje, że w tym przypadku miało się wrażenie, jakby objawy powstawały z działania z oddali. Na zapytanie kol. Ostrowskiego, kol. Schramm odpowiada, że był to ropień wśródmózgowy; rozpatruje też wartość pneumografji rentgenowskiej. Nadto przemawiali jeszcze kol. Pisek i Meisels.

7) Kol. Węgłowski omawia sprawę badania za pomocą **zgłębnika przełykowego (ezofagoskopu) własnej konstrukcji**. Posługuje się on rurami znacznie szerszemi od wszystkich innych, o średnicy 16 mm. Do oświetlenia służy mu zwykła lampka panelektroskopu, umieszczona w specjalnym stożku, dającym możność należytego rozglądnięcia się w przełyku i wykonania niezbędnych rękoczynów. Prelegent usunął przez ezofagoskop blizko 80 ciał obcych i poczynając od r. 1902, nie był zmuszony ani razu do wykonania nacięcia przełyku. We wszystkich przypadkach, pomimo różnego rodzaju powikłań i trudności, udało mu się ciało obce usunąć z przełyku a nie stracił ani jednego chorego. Nacięcie przełyku zaś daje do 20% śmiertelności. Następnie mowca wykonuje ezofagoskopję na jednym z chorych i demonstruje zebranym jasny i wybitny obraz wpustowej części przełyku. (A. r.)

W dyskusji kol. Lehm zaleca używania rur krótkich przy uwięźnięciu ciał w pierwszej części przełyku. Kol. Schramm podaje, że śmiertelność przy ezofagoskopji wynosi 5%; są to jednak przypadki, które przychodzą do lekarza już z ropowicą. Ponadto zabierali głos kol. Chomicki, Ostrowski, Aleksiewicz i prelegent.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. marca 1922.

1) Kol. Goldman przedstawił; a) 22 letnią J. L. chorą od 2 lat z nader wybitną postacią **choroby Basedowa**; przed 10 dniami połowicze wycięcie wola i grasicy. Szybkie ustępowanie objawów chorobowych przypisuje G. usunięciu grasicy. We krwi chorej przed operacją lymfocytów 57%.

b) 25 letnią chorą D. R. ze **skurczem żołądka**, trwającym z przerwami od 2 lat. Przy stosowaniu leków przeciwskurczowych nastąpiła znaczna poprawa; chory w ciągu 3 tygodni przybył na wadze 4 kilo.

c) 48 letniego M. z **twardzielą krtani, nosa i jamy nosogardzielowej**, trwającą od 1904 roku. Chory był operowany i leczony promieniami Roentgena, mesothorium i radem. Sprawa chorobowa posuwa się. Po ostatniem naświetlaniu (w Poznaniu) wystąpiło owrzodzenie, stale się powiększające, po środkowej linji szyji. Badanie drobnowidowe wykazało, że mamy do czynienia z owrzodzeniem wskutek działania promieni Roentgena.

2) Kol. Kummant: a) Pokaz przypadku po **częściowem wycięciu żołądka** z powodu **wrzodu dwunastnicy**. Chora F. H., 31 lat, od 8 lat cierpi na dolegliwości żołądkowe; miewała krwotoki kiszkowe. Roentgen wykazuje zwężenie odźwiernika lub dwunastnicy. Operacja wykazuje bliznowate zwężenie dwunastnicy, tak, iż wyodrębnienie górnego odcinka dwunastnicy sprawia pewne trudności. Wycięcie w znieczuleniu miejscowem — Reichel-Polya, gojenie rychłozrostem. Zdjęcie po operacji wykazuje szerokie połączenie, działające całkiem sprawnie.

b) Pokaz preparatu po **resekcji żołądka z powodu dwu wrzodów**, oraz zdjęcia roentgenowskiego, wykazującego wrzód małej krzywizny. Na zdjęciu widać pośrodku małej krzywizny odchodzący ku górze od niej lekki cień, przypominający nieco niszę Haudecka, lecz mniej intensywny. Jak wykazała operacja, cień ten spowodowany został nie kraterem wrzodu, lecz bliznowatą zmianą małej sieci, która tworzy w tem miejscu powrozek grubości palca i szerokości 2 palców. Powrozek ten idzie od wrzodu małej krzywizny do wątroby. Wrzód większy, który wytworzył zrosty żołądka z wątrobą, leży na małej krzywiźnie i jest nie głęboki, ma około 1 cm w średnicy. Drugi zaś wrzód, około 5 mm w średnicy, znajduje się niedaleko od pierwszego, lecz nie na małej krzywiźnie, i oddalony jest od odźwiernika jeszcze więcej niż pierwszy. Tymczasem badanie roentgenowskie przemawiało bardzo za wrzodem i zwężeniem odźwiernika; dopiero dokładne przyjrzenie się zdjęciu i spostrzeżenie cienia na małej krzywiźnie, spowodowanego przez bliznowatą zmianę omenti minoris, nasunęło myśl o wrzodzie małej krzywizny. Na objaw ten należało by zwrócić baczniejszą uwagę.

3. Kol. Br. Frenkiel przedstawia cztery **przypadki wczesnej kiły układu nerwowego**.

Przyp. 1. **Zapalenie swoistego opon mózgowych**, 7 miesięcy po zarażeniu; w pierwszym okresie energiczne leczenie swoiste; ostro wystąpiły bóle głowy, sztywność karku, wymioty, atak podobny do padaczkowego i lekki niedowład prawostronny; w płynie mózgowo-rdzeniowym Wa ++++ i pleocytoza. Objawy ustąpiły po jednem zastrzyknięciu dożylnem i jednem wlewaniu dolędźwiowem metodą Gennericha.

Przyp. 2. **Endarteritis corticalis**. W $3^1/_2$ miesiąca po zakażeniu; w pierwszym okresie 4 Ns i 10 wstrzyknięć rtęci; stopniowo wystąpiła żółtaczka, niedowład lewostronny i padaczka Jacksona bez zmian patologicznych w płynie. Objawy ustąpiły pod wpływem zwykłego leczenia mieszanego.

Przyp. 3. **Meningo-myelitis**. W 7 miesięcy po wrzodzie — przypadek nieleczony — szybko rozwinęły się zwykłe objawy zapalenia rdzenia z wybitnemi czterema odczynami w płynie mózgowo-rdzeniowym. Objawy ustępują pod wpływem leczenia mieszanego (wcierki, dożylnie Ns i wlewanie dolędźwiowe Gennericha).

Przyp. 4. **Wiąd rdzenia**. Zakażenie przypuszczalnie przed 3 laty. Nieleczony. Po przemoknięciu wystąpiły w ciągu kilku dni objawy wiądu rdzenia; lewa źrenica szersza, brak odruchów kolanowych i stopowych, wybitny bezwład nóg, żywe odruchy. Wybitne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym.

We wszystkich 4 przypadkach odczyn Wassermanna w su-

rowicy (cztery plusy). Następnie omawia rozpoznanie różniczkowe wczesnych zmian kiłowych w układzie nerwowym, podkreślając znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego, jako wskazówki przy wyborze metody leczenia. Następnie rozstrząsa zagadnienie, o ile salwarsan sprzyja rozwojowi objawów nerwowych w kile. Rola jego polega na dwu momentach. 1) Osłabiając siłę infekcji we wczesnym okresie, osłabia wytwarzanie środków ochronnych, które prawdopodobnie powstają dopiero przy rozpadaniu się ognisk kiłowych; 2) przy dalszem leczeniu salwarsan dostaje się do pozostałych w organiźmie krętków, ukrytych w gorzej unaczynionych tkankach (opony), w ilościach małych, które nie są zdolne unicestwić działania krętków, a raczej wpływają na te ostatnie pobudzająco (analogja do działania chininy w zimnicy i promieni Roentgena przy nowotworach). Frenkiel wyprowadza wniosek, że salwarsan należy stosować w dawkach większych i systematycznie w dłuższych kuracjach. Często stosowane u nas kuracje 1—2—3 Ns i 10 igieł mogą być wręcz szkodliwe. Nie mamy jeszcze probierza, jaką kurację w każdym poszczególnym przypadku należy uważać za wystarczającą, przeciętnie za taką uważa kurację złożoną z 10 wstrzyknięć w ogólnej dawce od 5 do 6 g Ns; kurację należy w krótkim czasie powtórzyć, oczywiście pod kontrolą badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dyskusji kol. Sterling upatruje wspólne cechy tych dwu par chorych, dwu leczonych i dwu nieleczonych, w tem, że nie wykazywali żadnych objawów drugorzędowych, naskórnych. Może brak tego co nazywamy esophylaxia, jest przyczyną wczesnego wystąpienia kiły nerwowej. Przemawiali jeszczcze kol. Mikulski, Venulet, Leyberg.

4. Kol. Szwarcwasser (gość): **Nietypowe przypadki zimnicy.**

Dr. Józef Bieliński. Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w setną rocznicę jego założenia.

(Dokończenie).

Okres ostatni dziejów naszego Towarzystwa rozpoczyna się z wejściem Niemców do Warszawy w r. 1915. Ta okupacja nie wyrządziła wielkiej krzywdy Towarzystwu Lekarskiemu, dlatego głównie, że Polacy, orjentując się doskonale w sytuacji, z kim mają do czynienia, nie dawali powodów do znęcania się nad nimi kulturtraegerom. Prócz tego, wielu członków Towarzystwa, najenergiczniejszych, bo młodych, wyjechało z Warszawy do Rosji, gdzie służyli w armji rosyjskiej: pozostali zaś w Warszawie udawali bezradnych wobec siły wyższej.

Posiedzenia Towarzystwa były z początku blade; dopiero otwarcie Uniwersytetu polskiego w Warszawie, nadało inny kierunek, kierunek dodatni w pracach Towarzystwa; na potwierdzenie powyższego załączamy parę wyjątków z protokołów Towarzystwa.

W tym czasie, gdy kraj cały, a szczególniej jego stolica, doświadczyli zmiennych koleji pod względem politycznym, społecznym, narodowym, wreszcie naukowym, wówczas uwydatniły się wielkie zasługi naszego Towarzystwa.

Z poprzednich okresów wiemy doskonale, że policja wtargnęła do tego przybytku nauki, jakim było Towarzystwo, i gwałtem narzucała swe rusyfikacyjne projekty, mimo to mowa polska brzmiała bez przerwy w tych murach, a ognisko wiedzy płonąc, to żywiej, to słabiej — stale się żarzyło. I w tem właśnie leży wielka zasługa!... Ta wielka i niepodzielna zasługa należy się wytrwałym pracownikom lekarzom i miłującym kraj lekarzom obywatelom, niemniej chętnym do pracy członkom.

Nie mamy wątpliwości, że tylko zgodną zbiorową pracą można dojść do znacznych wyników; ona dodaje hartu, energji, podtrzymuje wzajemnie; stanowi także podłoże, sprzyjające rozwojowi indywidualnych zdolności naukowych i uczuć społecznych. W takich przełomowych chwilach, jak rok 1916 i następne, praca twórcza wymagała wielkich wysiłków, świeżych podniet, ożywczych soków. To wzniosłe zadanie spełniło należycie Towarzystwo lekarskie warszawskie w czasie okupacji niemieckiej i zajęło w historji nauki w ogólności a w szczególności lekarskiej należne mu stanowisko. Lekarze warszawscy dobrze się w tym czasie zasłużyli; na posiedzeniach Towarzystwa komunikowali swe spostrzeżenia, zdobyte w pracowniach naukowych warszawskich, zarówno jak i na oddziałach szpitalnych. Członkowie Towarzystwa lekarskiego zamieszkali na prowincji, pod naciskiem okupantów, byli wprawdzie pozbawieni możności komunikowania się z Warszawą, a jednek i oni, na prowincji, uprawiali wzniosłe cele Towarzystwa, stojąc na czele przeróżnych a d h o c założonych instytucji filantropijnych i społecznych, które to instytucje, mimo wielkiego nacisku okupantów, niepoślednie usługi oddały społeczeństwu, uświadamiając je w sprawach wielkiej wagi, dotyczas mało uwzględnianych. Mimowoli narzuca się nam pytanie: dlaczego ogół społeczeństwa nie zdaje sobie sprawy z własnej siły!?, czy rzeczywiście jest to prawdą, że sprawa ta jest następstwem zafukania, w jakie wprawiła nas niewola polityczna i szereg klęsk; czy nieustanne wmawianie, szerzone w uczelniach niemieckich, a kolportowane do kraju przez wychowańców tych uczelni, a głównie przez samych Polaków wyznania austrjackiego, że Polak z natury jest nierządny, a przeto musi go porządkować politycznie siła obca! czy to jest prawdą!?

Udział Towarzystwa lekarskiego w wielkiej wojnie 1914—1918 jest dodatni i z punktu naukowego bardzo znamienny. Dziś możemy już ocenić, mniej więcej dokładnie, przebieg tej działalności naukowej; przy łóżku chorego żołnierza w szpitalu lub w ambulatorjum polowem, w laboratorjach i pracowniach, gdzie opracowywano przeważnie wyniki badań bakterjologicznie, chemicznie, gdzie zdobywano szereg nowych poglądów na nowe choroby, jakie się pojawiały w obozie lub na polu bitwy, niemniej na posiedzeniach naszego Towarzystwa członkowie zdawali sprawę z obserwacji nad chorym żołnierzem, lub nad mieszkańcami wielkich zbiorowisk miejskich i na wsi.

Ciekawe te spostrzeżenia wzbogaciły znacznie naszą wiedzę lekarską, wyjaśniły wiele wątpliwości terapeutycznych, zabiegów chirurgicznych, badań mikrochemicznych. Co do spraw społecznych, któremi zajmowało się Towarzystwo, należy zwrócić uwagę na niektóre; naprzykład: ciężkie warunki odżywiania w czasie wojny, w jakich pozostawała ludność uboga naszego kraju, a przedewszystkiem ludność stolicy, stały się powodem szeregu groźnych klęsk społecznych, przedewszystkiem wadliwego rozwoju i zastraszającej śmiertelności dzieci, zmniejszenia odporności fizycznej i wzmożonej chorobliwości ogólnej ludności dorosłej, zwłaszcza szerzenia się wśród niej chorób głodowych, chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, mianowicie gruźlicy i duru osutkowego. Klęski te, których grozę niedostatecznie jeszcze uświadamia sobie ogół naszego społeczeństwa, znalazły właściwe określenie rzeczowe w szeregu publikacji lekarskich prof. Alfreda Sokołowskiego, Kazimierza Chełchowskiego, Stanisława Serkowskiego i Kazimierza Baci.

Z Towarzystwa lekarskiego wychodziła zawsze inicjatywa w sprawie walki społecznej z gruźlicą. Towarzystwo wówczas rozwijało akcję, gdy rząd rosyjski nie tylko nie pomagał, ale przeszkadzał i, gdy samorządu nie mieliśmy.

W czasie ostatniej wielkiej wojny stosunki te polepszyły się, albowiem dotychczasowe zabiegi Towarzystwa, wzięło w swe ręce Ministerjum Zdrowia, a zatem jest nadzieja, że ta sprawa, bardzo ważna, na szerokie przestwora zostanie wyprowadzoną. Wiadomo, że akcja powinna być obronna, planowa, na podobieństwo działań w innych państwach europejskich.

Że Warszawa akcję tę może przeprowadzić, o tem nie wątpimy, ale czy, nie mając odpowiednich środków materjalnych dla przeprowadzenia, przeprowadzi ją, to już jest kwestja druga również niemniej ważna. W tej ważnej sprawie oprócz pieniędzy, na pierwszym planie, stoi radykalna poprawa ogólnych warunków sanitarnych, wprowadzona w życie przez świadome celu społeczeństwo. Na potwierdzenie wyżej podanych wniosków przytoczymy z protokołów Towarzystwa lekarskiego kilka danych, potwierdzających to twierdzenie.

Zanim te wyciągi zostaną podane, należy przedewszystkiem zaznaczyć, że duży przewrót naukowy rozpoczyna się w Towarzystwie lekarskiem w r. 1918 z inicjatywy prof. dra

Stanisława Orłowskiego, który na posiedzeniu Towarzystwa 4 grudnia 1917 roku zwrócił uwagę zebranych na to zjawisko, że z większym rozwojem poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej, uwydatnia się coraz bardziej rozluźnienie związku między medycyną a naukami przyrodniczemi w ścisłem znaczeniu tego słowa. Tak zwani specjaliści zamykają się w ciasnym zakresie obserwacji i eksperymentu w danej niewielkiej dziedzinie, a głębsze poznanie związku wewnętrznego postrzeganych zjawisk, tj. ujęcie przedmiotu filozoficzne, bywa najczęściej pomijane, a jest wynikiem niedostatecznej znajomości nauk przyrodniczych. Z tego występując stanowiska prof. Orłowski zaproponował odczyty specjalistów, jak to przed kilkudziesięciu laty zainicjował prof. Szokalski. Odczyty te miały dopełnić wiadomości z tych zasad nauk przyrodniczych, które w ostatnich dziesiątkach lat uległy zmianom przełomowym, a więc dopełnienie chociażby w ogólnych zarysach z dziedziny fizyki, chemji, biologji.

Taki był punkt wyjścia prof. Orłowskiego dla ułożonego przez siebie projektu, aby urządzić szereg wykładów z tych nauk na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego.

Gdy projekt ten znalazł poparcie w Zarządzie Towarzystwa i oddźwięk wśród przyrodników polskich, zorganizowano wówczas cykl wykładów, a mianowicie: prof. Józef Wierusz Kowalski, obecnie ambasador w Hadze, wygłosił szereg odczytów pt.: „Pojęcia i metody fizyki nowoczesnej"; prof. T. Miłobędzki wyłożył: „O biegunowości"; prof. St. Glixelli: „O koloidach", rektor Zawidzki: „O szybkości reakcji chemicznej". Wykłady z dziedziny chemji organicznej L. Szperla stanowiły początek cyklu biologicznego. Prof. Jan Tur miał wykład o Asymetrji w świecie zwierzęcym, który wywołał duże wrażenie wśród słuchaczy, szczególnie ze względu na wystąpienie prof. Orłowskiego na temże posiedzeniu z wykładem, w którym wystąpił z innego stanowiska aniżeli prof. Tur. Inny odczyt prof. Tura zaznajamiał zebranych z „Metodą mechaniki rozwojowej a samorzutne zboczenia zarodkowe", w którem zastanawiał się nad zmiennością rozwojową.

Odczyty biologiczne w r. 1919 nie były luźne, lecz stanowiły harmonijny całokształt, cykl. Otóż ten cykl wykładów „O komórce", wyłożyli następujący profesorowie: M. Konopacki: „Nowsze poglądy w morfologji komórki"; S. Orłowski: „Z biologji komórki nerwowej"; J. Tur: „Komórka jako podścielisko dziedziczności"; L. Szperl: „Z chemji ciał zasadowych"; T. Koźniewski: „Chemizm pewnych wydzielin komórkowych"; L. Czubalski: „Niektóre zjawiska fizo-chemiczne jako przejawy czynności komórki".

Gdy powstał Sejm Rzeczypospolitej w Warszawie, gdy życie polityczne zaczęło się rozwijać z dnia na dzień, z godziny na godzinę — Adam Cięgliński wystąpił w Towarzystwie lekarskiem z odczytem: „O niektórych konstrukcjach graficznych w statystyce" -- nawołując Towarzystwo do zajęcia się statystyką. By nawoływanie to osiągnęło poważne rezultaty, mowca uważa, że należy nie tylko wyrobić i pogłębić źródła statystyki polskiej, co już należy do polskich władz państwowych, lecz należy przygotować odpowiednie audytorjum, dla którego tematy statystyczne stanowiłyby pożądany i przyswojalny materjał do dyskusji rozmyślań — radzi więc przedewszystkiem opracowanie przyjętych powszechnie postulatów statystycznych i spopularyzowanie ich w gronie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Streszczając się zaznaczamy, że nasze Towarzystwo w czasie wielkiej wojny 1914—1918 stanęło na wysokim poziomie pod względem obywatelskim i lekarskim. W r. 1916 Kazimierz Chełchowski ogłosił: „Klęskowe lata na ziemiach polskich (1846—1855)". Lata te, jak wiadomo, zaciężyły nad Polską, szczególniej w Galicji, gdy chłopi ruscy*) podbechtani przez rząd austrjacki wyrzynali na ziemiach polskich szlachtę polską, a w tej liczbie moich bliskich krewnych. Co do roku 1855 jest to rok wojny krymskiej, ostatni rok panowania cesarza Mikołaja, którego rządy tak dotkliwie gnębiły Polskę. Analogiczną pracę, również ze stanowiska lekarskiego ogłosił prof. Alfred Sokołowski pt. „Wielkie klęski społeczne i walka z niemi". Wykład zwięzły, a jednak przedstawia dokładnie cały zakres rozwoju i dzisiejszy stan wiedzy co do zwalczaniu alkoholizmu i chorób zakaźnych.

*) Niemniej i polscy podjudzani (Red lwowska).

W czasie tej wojny, ileż to chorób grasujących, raczej przeczuwanych, w czasie tej wojny, znalazło naukowe wyjaśnienie w pracowniach lekarskich warszawskich, w szpitalach i na polu bitwy. Ten dorobek naukowy jest wymownem świadectwem wielkiej żywotności Towarzystwa, co w setną rocznicę jego istnienia, należycie podkreślić należy. Członkowie Towarzystwa pozostali w Warszawie na każde posiedzenie zjawiali się z tabelami statystycznemi o durze plamistym i o innych chorobach zakaźnych, stałych towarzyszach wojny i głodu. Owe tablice stanowiły wymowny dowód, dlaczego szpitale warszawskie są przepełnione.

Chirurgja wojenna słabo jest reprezentowaną w czasie wielkiej wojny w Towarzystwie lekarskiem, dlatego że najobfitszy materjał szpitalny ogłoszony był w wydawnictwach specjalnych, z lazaretu miejskiego, pod naczelnym kierunkiem Franciszka Kijewskiego. Materjał ten nie podlegał dyskusji w Towarzystwie. Z utworzeniem zaś Armji polskiej i szpitali wojskowych, cały materjał chirurgiczny również ominął Towarzystwo lekarskie, z bardzo nielicznemi wyjątkami, do których zaliczyć możemy odczyt Borzymowskiego: „Wskazania operacyjne w postrzałach brzucha, na podstawie własnego doświadczenia". Odczyt ten był wypowiedziany jeszcze za czasów okupacji niemieckiej, a więc przed powstaniem Armji Polskiej.

Członkowie Towarzystwa lekarskiego, nie przeczuwając, co jutro przyniesie, zabrali się żywo do pracy we wszystkich kierunkach, w tym celu: aby Polska, której niepodległość prusacy półgębkiem zapowiadali, mogła być dumną ze swych dzieci — z lekarzy praktyków polskich. Przecież ci lekarze nieśli z zaparciem służbę swą, a nawet życie własne, w ofierze Ojczyźnie; przecież lekarze polscy tłumili rozmaite epidemje, zwykłe towarzyszki wojny i głodu, jakie wtargnęły do naszego kraju, kraju nieszczęśliwego, bo otoczonego ze wszech stron przez wrogów sąsiadów.

Zasługi Towarzystwa w tych ciężkich chwilach, dotąd ujawnione, są wielkie i niewątpliwie będą należycie ocenione, gdy tocząca się obecnie wojna w Polsce, już to z wrogami wewnętrznymi już też z zewnętrznymi, przejdzie do historji.

My, Polacy, w setną rocznicę założenia Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, jesteśmy szczęśliwi, że, będąc wolni i niepodlegli, możemy Jubilatowi złożyć życzenia wszelkiej pomyślności, a więc dalszego pomyślnego rozwoju na polu nauki w ogólności, jak również na stanowisku obywatelskiem i społecznem, we wszelkich Jego przedsięwzięciach.

Pragniemy, aby odtąd kierowało się nasze Towarzystwo tą niezawodną zasadą:

Displiceam aut placeam, minus curo, sat si prosim.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski w Krakowie

nadesłał nam następujący komunikat oficjalny:

Do Ministerstwa zdrowia publicznego w Warszawie. Związek Lekarzy Małopolski w Krakowie, stojący na straży zawodowych interesów stanu lekarskiego, ma zaszczyt przesłać Ministerstwu zdrowia publ. następującą sprawę:

Przed dwoma przeszło laty wprowadziła Powiatowa Kasa Chorych w Krośnie, jako zastępcę za urlopowanego lekarza kasowego niejakiego Artura Andahazego, który nie jest doktorem medycyny, ani nawet nigdy nie był słuchaczem wydziału lekarskiego. Nie wiadomo nawet, czy ukończył szkołę średnią. Wkrótce po przybyciu do Krosna poleciła mu Ekspozytura Okręgowego Urzędu zdrowia w Krakowie przeprowadzenie ochronnego szczepienia ospy, a następnie mianowała go „lekarzem epidemicznym" na powiat krośnieński do pomocy st. lek. powiat. Drowi Słączce.

Jeżeli powierzenie odpowiedzialnych czynności lekarskich w powiecie człowiekowi, nie mającemu nic wspólnego z medycyną, wywołać musi conajmniej zdumienie, to oburzenie wprost wywołuje fakt, o którym nam zgodnie donoszą lekarze krośnieńscy, a także i prywatni, a więc nieinteresowani ludzie, a mianowicie, że Andahazy używa tytułu doktora medycyny na receptach (odnośne recepty przesłała Izba Lekarska w Krakowie do Prokuratorji Państwa w Jaśle), a na tablicy, umieszczonej na domu, gdzie mieszka, widnieje wpadający w oko napis „Dr. Artur Andahazy, lekarz" wraz z podaniem godzin ordynacyjnych. Uprawia też na szeroką skalę partactwo lekarskie nietylko w Krośnie, ale i w dalekim promieniu, sięgającym aż do Gorlic, jak nam o tem donosi mieszkający tam Dr. Przesmycki. Wśród ciemnego ludu naszego cieszy się naturalnie „cudowny lekarz" niebywałą wziętością, odbierając zarobki krośnieńskim i okolicznym lekarzom, przynosząc równocześnie niepowetowaną szkodę leczącym się chorym. Aby sobie pozyskać wziętość, pije z chłopstwem po karczmach, nadto jest nałogowym kokainistą.

Pomijamy szeroką wziętość, jaką się Andahazy cieszy wśród ciemnego ludu, wierzącego zresztą naiwnie, że to rzeczywisty lekarz — nic w tem dziwnego, gorzkie jednak uwagi o władzach państwowych nasuwać musi okoliczność, że te Andahazego nietylko ustawowo z urzędu nie ścigają, ale przeciwnie zdają się go popierać. Pomijamy, że Andahazy pełni czynności lekarskie w tamtejszej Kasie chorych, z którą zawarł nawet ugodę jako „Dr. Andahazy", ale same władze sądowe, nie stwierdziwszy jego dyplomu lekarskiego, względnie tożsamości osoby, posługują się nim na rozprawach, jako znawcą lekarzem, względnie świadkiem biegłym. Wykonywa on sekcje sądowe na niepochowanych i odgrzebanych zwłokach i wydaje orzeczenia. Odpis protokołu sądowego, gdzie Andahazy figuruje jako znawca, przesłała Izba Lekarska w Krakowie Prokuraturze Państwa w Jaśle wraz z doniesieniem w dniu 24 stycznia 1922. Wykonywa więc Andahazy czynności sądowe, w których od zdania znawcy zależy nieraz cały tok śledztwa, a w grę wchodzi czasem i gardło. Rozstrzyga tutaj człowiek, nie mający nic wspólnego z nauką lekarską. Jak może partacza ścigać sąd, tensam sąd, który posługuje się nim jako znawcą?! To też nic dziwnego, przeciwnie całkiem naturalne, że „epidemiczny lekarz" grasuje dalej bezkarnie, kpiąc sobie z władz i lekarzy, wyzyskując naiwną, a ciemną ludność.

Mimo doniesienia Izby lekarskiej w Krakowie do Prokuratury Państwa w Jaśle jeszcze w dniu 24 stycznia br. o ukaranie Andahazego za zbrodnię z § 201 d., popełnioną przez nieprawne używanie tytułu lekarza i dra medycyny i wprowadzenie przez to w błąd chorej publiczności i władz, a nadto o występek z § 343 u. k., popełniony przez nieprawne, zawodowe wykonywanie praktyki lekarskiej za wynagrodzeniem, Andahazy dalej swój proceder uprawia bez przeszkody ze strony władz. Wobec tego upraszamy Ministerstwo, stojące na straży zdrowia publicznego, aby w porozumieniu z Ministerstwem Sprawiedliwości wglądnęło z urzędu w tę sprawę, by raz nareszcie zrobić z Andahazym porządek. Nadmieniamy, że Izba Lekarska zwracała się w tej sprawie do Województwa we Lwowie, również bezskutecznie. Załączone w podaniu podziękowanie w Ilustrowanym Kurjerze Codziennym z dnia 28 marca br. przez niejakiego Ludwika Golza, przemawia za tem, że Andahazy, któremu tam już zaczyna widocznie usuwać się grunt pod stopami, jak przedtem w Radłowie, zamierza Krosno rychło opuścić i inną miejscowość w Polsce swą osobą uszczęśliwić. Prosimy przeto o możliwy pośpiech, a nadto w razie tajemniczego zniknięcia o powiadomienie wszystkich województw w Polsce o Andahazym, by w przyszłości nie powtórzyło się w innej miejscowości to, co w Krośnie od dwóch lat przeszło się dzieje.

Równocześnie przesyłamy w tej sprawie pismo do Ministerstwa Sprawiedliwości.

W Krakowie, dnia 2 kwietnia 1922.

Sekretarz: *Dr. Kostecki* Przewodniczący: *Dr. Cercha.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

XVI Posiedzenie naukowe lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 5 maja br. w Poliklinice, ul. Lindego 5. Wykłady w sprawie zdrojownictwa polskiego. 1) Zagajenie przez prezesa. 2) Adwokat Dr. Józef Westreich (jako gość): Podstawy ekonomiczne przyszłego rozwoju naszego zdrojownictwa. 3) Kol. Sabatowski: Morze polskie i jego znaczenie lecznicze. 4) Kol. Lewicki: Środki pomocnicze, jako ważny czynnik w leczeniu zdrojowem.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Redakcja otrzymała: XVI, XVII i XVIII Sprawozdanie lekarskie Szpit. dla umysłowo chorych „Kochanówka", za lata 1918, 1919 i 1920, — zestawił dr. A Mikulski 1921 — Dziennik I-szej Konferencji psychjatrów szpitalnych w Kochanówce pod Łodzią. 30—31. X. 1921. — W. Biernacki. Najnowsze metody biologiczne rozpoznawania kiły. Odb. z Lek. wojsk. z Nr. 3. 1922.

Zmarli.

Dr. Aleksander Murzynowski, dyrektor szpitala św. Józefa w Sieradzu, uczestnik powstania w r. 1863, zmarł w Sieradzu w 75 r. ż.

Dr. Wincenty Styczyński, zamordowany przez Niemców w Gliwicach. Wspomnienie pośmiertne podamy w następnym numerze.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 28 stycznia do 25 lutego 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	1 (0)	18 (10)	168 (32)	20 (3)	11 (0)	36 (12)	22 (2)	—	0 (179)	7 (21)	—
	ż.	2 (0)	3 (1)	77 (6)	9 (0)	5 (1)	7 (2)	15 (1)	—	0 (29)	6 (0)	—
Białostockie	ch.	4 (0)	128 (7)	1341 (136)	1647 (123)	29 (8)	75 (9)	18 (2)	25 (1)	7 (28)	297 (2)	—
	ż.	1 (0)	21 (0)	81 (3)	38 (0)	—	19 (2)	1 (0)	—	1 (6)	55 (0)	—
Kieleckie	ch.	32 (2)	179 (15)	157 (25)	24 (2)	3 (0)	38 (3)	11 (0)	—	6 (0)	226 (11)	2 (0)
	ż.	—	16 (1)	26 (0)	6 (0)	—	2 (0)	—	—	—	35 (0)	—
Krakowskie	ch.	0 (1)	154 (22)	86 (8)	—	16 (3)	68 (12)	12 (6)	3 (0)	1 (51)	25 (4)	8 (1)
	ż.	—	5 (2)	11 (2)	—	—	2 (1)	—	—	0 (2)	—	2 (0)
Lubelskie	ch.	25 (3)	98 (5)	1305 (82)	2547 (51)	26 (1)	15 (0)	12 (0)	3 (0)	24 (9)	296 (0)	2 (0)
	ż.	—	14 (1)	27 (1)	16 (0)	2 (0)	1 (0)	3 (1)	—	2 (1)	62 (0)	—
Lwowskie	ch.	—	98 (14)	196 (29)	26 (6)	7 (5)	200 (40)	6 (1)	—	34 (137)	396 (10)	63 (1)
	ż.	—	9 (2)	21 (1)	1 (0)	—	11 (0)	3 (0)	—	2 (15)	44 (1)	3 (0)
Łódź miasto	ch.	2 (0)	21 (og. 8)	11 (og. 3)	—	2 (0)	10 (og. 6)	3 (og. 5)	—	0 (92)	—	—
	ż.	1 (0)	18	23	—	1 (0)	7	3	—	0 (17)	—	—
Nowogrodzkie	ch.	14 (0)	143 (3)	759 (61)	819 (45)	7 (0)	48 (0)	12 (1)	8 (0)	15 (2)	632 (28)	1 (0)
	ż.	—	12 (0)	52 (8)	38 (4)	—	9 (1)	1 (0)	—	—	193 (14)	—
Poleskie	ch.	2 (0)	220 (6)	1046 (54)	3182 (70)	87 (1)	79 (0)	68 (11)	26 (0)	31 (4)	721 (16)	—
	ż.	—	4 (0)	50 (5)	32 (1)	3 (0)	14 (0)	16 (1)	5 (0)	5 (1)	30 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	1 (0)	4 (0)	—	—	1 (0)	2 (0)	—	—	—	—	—
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	72 (41)	107 (12)	201 (15)	15 (0)	3 (1)	234 (47)	9 (1)	—	1 (31)	480 (39)	4 (0)
	ż.	—	—	2 (1)	1 (0)	—	1 (0)	1 (0)	—	0 (5)	3 (2)	—
Tarnopolskie	ch.	6 (0)	63 (8)	149 (16)	3 (0)	—	33 (5)	—	1 (0)	9 (19)	112 (3)	28 (0)
	ż.	—	2 (1)	1 (1)	—	—	3 (0)	3 (0)	—	3 (5)	31 (0)	2 (0)
Warszawskie	ch.	1 (0)	96 (10)	196 (17)	4 (0)	2 (0)	64 (1)	31 (5)	17 (0)	24 (50)	184 (2)	3 (0)
	ż.	—	10 (2)	7 (0)	—	—	2 (0)	1 (1)	—	2 (9)	—	—
Wołyńskie	ch.	10 (0)	277 (12)	852 (51)	914 (42)	9 (0)	150 (4)	32 (1)	69 (0)	15 (0)	156 (0)	3 (0)
	ż.	—	17 (2)	153 (9)	45 (2)	5 (0)	9 (0)	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.